

市外医療機関での予防接種申請書(RSウイルス感染症予防接種)

年 月 日

朝来市長 様

申請者

本人 電話番号

家族 氏名 (続柄 )

電話番号

予防接種法に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認をお願いします。

接種を受ける人	住所	兵庫県朝来市		
	氏名	[ ]		
	生年月日	年 月 日生 (満 歳)		
	出産予定日	年 月 日	出産予定病院	
滞在先の住所	〒 ー (様方) TEL			
接種予定医療機関名	医療機関名			
	住所	〒 ー		
	電話番号	TEL ー ー		
申込みの理由	<input type="checkbox"/> 市外で里帰り出産予定 <input type="checkbox"/> 主治医が市外医療機関 その他 ( )			
接種予定日	・令和 年 月 日                      ・未定 (今後調整する)			
書類送付先	<input type="checkbox"/> 接種希望者の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 家族住所 (下記に記入ください)			

書類の送付先 (家族住所)

送付先	宛先	電話番号
〒		

以下は記入しないでください

市外医療機関での予防接種につきまして、下記の条件を付して承認します。

- ・広域医療機関実施
- ・償還
- ・その他 ( )

(担当課：健幸づくり推進課)

※個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。また、目的外の使用は禁止します。