

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
- ・広域医療機関以外（契約で実施）

契約者氏名及び役職	接種料金	根拠

- ・他自治体依頼

（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。