

様式第2号（第9条関係）

年 月 日

龍ヶ崎市長 様

申請者 住 所
氏 名
被接種者との関係
電 話 番 号
(日中連絡が取れるもの)

龍ヶ崎市委託医療機関外任意予防接種申請書

下記のとおり龍ヶ崎市の委託医療機関外において任意予防接種を受けたいので申請します。

記

被接種者 (接種を受ける者) 氏名・生年月日 住 所			年 月 日生
	龍ヶ崎市		
滞在(入院)先 住 所 ※		電話 番号	
接種を希望する 医療機関名		電話 番号	
希望する 任意予防接種の 種類及び回数	種 類		回 数
	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ		1回目
	<input type="checkbox"/> 小児インフルエンザ		1回目・2回目
	<input type="checkbox"/> 男性HPV (4価ガーダシル)		1回目・2回目・3回目
	<input type="checkbox"/> 带状疱疹	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン (シングリックス)	1回目・2回目
<input type="checkbox"/> 生ワクチン (ビケン)		1回目	
委託医療機関外での 接種を希望する理由			

※ 任意予防接種を受けるに当たり、住所とは異なる滞在先(入院先)等がある場合はご記入ください。