

広域的予防接種申込書

令和 年 月 日

(あて先) 姫路市長

申請者 住 所 〒

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願います。

接種を受ける人	住 所	姫路市	
	氏 名		男 ・ 女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生(満 歳)	
予防接種の種類	(高齢者) _____ 予防接種		
接種を希望する 医 療 機 関	所在地		
	医 療 機 関 名		
接種希望日	令和 年 月 日		
広域的予防接種 を希望する理由	1. かかりつけ医であるため 2. その他 ()		

- ◎ 予防接種の種類は必ず記載してください。
◎ 上記内容について、「予防接種に関する連絡書」の発行をもって承認とします。
◎ 不承認の際は、不承認の理由を示し、書面にて通知いたします。

※ 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。