

県外医療機関での定期予防接種の委託契約申請書

高岡市長 あて

定期予防接種を、県外で接種希望します。

申請者氏名		被接種者 との続柄	
ふりがな		生年月日	年 月 日
被接種者氏名			
住所	高岡市		
電話番号 (日中連絡可能な番号)	— —		
予防接種の種類 ※希望する予防接種を ○で囲んでください。	ロタウイルス BCG 日本脳炎 その他 ()	B型肝炎 五種混合 水痘	小児の肺炎球菌感染症 麻しん・風しん
滞在先の住所	〒		
滞在期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
希望する市区町村	_____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村		
接種医療機関名 (個別接種の場合)	医療機関名 _____ 住所 _____ 電話番号 _____		
(接種医療機関に確認し、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。)	<input type="checkbox"/> 事前に接種医療機関の承諾を得ました		
希望する理由	(例：里帰り、通院、入院中など)		

※申請受理後、接種医療機関に連絡し、契約手続きを開始いたします。