様式第１号（第３条関係）

指定外医療提供施設等予防接種実施申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

越前市長　殿

越前市指定外医療提供施設等予防接種実施要綱第３条第１項の規定に基づき、次のとおり指定外医療提供施設等での接種について申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　所 | | 〒  　越前市 | | |
| 氏　名 | |  | | 被接種者との続柄（　　　） |
| 電話番号 | | －　　　　　　－　　　　　　　　（平日・日中の連絡先） | | |
| 被接種者 | 住　所 | | （申請者住所と異なる場合に記入）  〒  越前市 | | |
| フリガナ  氏　名 | |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 予防接種  の種類 |  | | | | |
| 滞在先  住　所 | （申請者住所又は被接種者住所と異なる場合に記入）  〒    　（　　　　　　様方） | | | | |
| 実施理由 | （経過及び現況、疾病名等） | | | | |
| 接種を  希望する医療提供施設等 | 住　所 | 〒 | | | |
| 名　称 |  | | | |