

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			