様式第１号

広域的予防接種申込書

令和　　年　　月　　日

新温泉町長　様

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　（続柄　　　）

電話番号　（　　　　）　　　－

予防接種法等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 |  |
| 氏　名 |  | 男女 | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日生（満　　歳　　カ月） |
| 受ける予防接種の種類 |  |
| 接種を希望する医療機関 | 所在地 |  |
| 医療機関　名 |  |
| 接種希望日 |  |
| 広域的予防接種を希望する理由 |  |
| 接種者の意思確認 | できる ・ できない（できない場合はこの予防接種はできません） |

予診票の送付先（いずれかに○をつけてください）

①　自宅

②　医療機関

③　その他

＊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です。 |