

予 防 接 種 申 出 書

令和 年 月 日

刈 谷 市 長

〒 -

申請者 住 所.....

ふり がな  
氏 名.....

被接種者との続柄 ( )

日中の連絡先.....

下記の理由により、予防接種を市外の医療機関等で接種したいので、申請します。

記

被 接 種 者	ふ り が な	.....
	氏 名	.....
	生 年 月 日	昭和 年 月 日 (満 歳)
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 刈谷市 ( )
予防接種名		風しん (第5期)
理 由 ※該当するものに 印をつけてください。		<input type="checkbox"/> 1. 刈谷市外のかかりつけ医 (往診医) での接種が必要なため <input type="checkbox"/> 2. 入院・入所中で刈谷市の指定医療機関で接種ができないため <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <p style="writing-mode: vertical-rl; font-weight: bold;">滞在先</p> </div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">                 病院・施設名 :                  住所 : 〒 -                  電話 : ( ) -             </div> </div> <input type="checkbox"/> 3. その他 ( )
<b>接種予定医療機関</b> ※正式名称を必ず ご記入ください		医療機関名 : 住所 : 〒 - 電話 : ( ) -
予診票の送付先		<input type="checkbox"/> 滞在先 (入院・入所施設) に送付 <input type="checkbox"/> 申請者に送付 <input type="checkbox"/> その他 [ 送付先 : 〒 - 電話 : 宛先名 : ]

..... <保健センター記入欄> .....

広域予防接種事業の協力医療機関 : 該当 / 非該当

依頼方法 : 県広域 / 還付 → 還付書類発送日 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

電話受付者 ( ) 申請書受付者 ( ) 作成者 ( / ) 発行日 ( / )