

広域的予防接種申込書

令和 年 月 日

三木市長 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	三木市		
	ふりがな		生年	年 月 日
	氏 名		月 日	(満 歳 カ月)
受 け る 予 防 接 種 の 種 類	带状疱疹ワクチン定期予防接種			
接 種 を 希 望 す る 医 療 機 関	所在地	〒 -		
	医 療 機関名	TEL () -		
接 種 希 望 日	令和 年 月 日			
広域的予防接種 を希望する理由				
依頼書（連絡書） の希望送付先	接種する医療機関等 ・ 申請者住所 その他 ()			

- ・ 上記のことについて、下記の条件を付して承認します。
 - 1 令和7年4月1日から令和8年3月31日までの間に接種を受けてください。
 - 2 上記の接種を希望する医療機関に対し予防接種に関する業務を委託しますので、接種当日に別紙依頼書、請求書及び予診票を当該医療機関あて提出ください。
- ・ 上記のことについて、承認しないこととします。
(不承認の理由：)
令和 年 月 日

三木市長

(担当課：健康増進課)

* 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します。