

年 月 日

さくら市長 様

申込者 住 所

氏 名

被接種者との続柄

電話番号
(日中連絡がとれる番号)

指定外医療機関法定外予防接種申込書

さくら市法定外予防接種の助成に関する要綱第 9 条第 1 項の規定により下記のとおり申し込みます。

記

被接種者住所	さくら市
被接種者氏名	
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
保護者氏名 (被接種者が 18 歳未満の場合に記入)	
予防接種の種類 〔 該当する予防接種を ○で囲んでください。 〕	・風しん ・インフルエンザ ・その他() ・風しん・麻しん ・おたふくかぜ ()
指定外医療機関で 接種する理由	
接種希望医療機関名	
接種希望年月日	年 月 日