

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

宇佐市長 宛て

【申請者／接種対象者】

住所

氏名

電話番号

宇佐市予防接種依頼書交付申請書

下記のとおり市が委託する医療機関以外で予防接種を受けたいので申請します。

記

|                        |                                      |    |       |
|------------------------|--------------------------------------|----|-------|
| 氏 名                    |                                      | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生 年 月 日                |                                      | 年齢 |       |
| 住 所                    | 大分県宇佐市                               | 電話 |       |
| 滞 在 先 住 所              |                                      | 電話 |       |
| 希望する医療機関名              |                                      | 電話 |       |
| 希望する予防接種               | 带状疱疹ワクチン定期接種                         |    |       |
| 市が委託する医療機関以外で接種を希望する理由 | 1 かかりつけ医が市が委託する医療機関以外である<br>2 その他（ ） |    |       |