

令和〇年〇月〇日

大田原市長 様

申請者

住所 大田原市本町1-4-1

氏名 与一 太郎

電話番号 0287-23-8975

## 大田原市指定外医療機関定期予防接種依頼申請書

大田原市指定以外の医療機関または市町村で定期予防接種を受けたいので、次のとおり申請します。

接種を受ける方	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	与一 花子
	生年月日	令和〇年〇月〇日(満〇歳)	
家族等連絡先 ※申請者と異なる場合は記入	住所 氏名 電話番号		
接種希望予防接種	ロタウイルス(ロタリックス)1回目、小児肺炎球菌1回目、B型肝炎1回目、五種混合1回目		
接種希望医療機関	医療機関名	〇〇医院	
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇〇〇	
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
指定外医療機関で接種する理由	里帰り出産のため		
滞在先住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇〇 〇〇様方		
接種資料送付先住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 接種を受ける方の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> その他( )		
接種予定年月日	令和〇年〇月〇日		