令和８年度「RS ウイルス感染症予防接種」指定外医療機関接種申請書

※与謝野町役場保健課に提出してください。　　申請日:令和　　年　　月　　日

予防接種を受ける人	ふりがな			
	氏　名			
	住　所	与謝野町字 （電話　　）		
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）		
予防接種を受ける医療機関	病院又は施設名			
	診療科又は担当医名			
	住　所	〒 （電話　　）		
上記医療機関で受ける理由				
出産予定日		令和　　年　　月　　日		
申請者	ふりがな		予防接種を受ける人との続柄	
	氏　名			
	住　所	〒 （電話　　）		

町保健課から確認や問合せが必要な場合の連絡先（該当する番号に○をしてください。③の場合は電話番号を記入）

1. 予防接種を受ける人と同じ　　2. 申請者と同じ　　3. その他:電話番号〔　　〕

必要書類送付について（該当する番号に○をしてください。）

⑴ 接種医療機関等に必要書類を町から直接送付希望

⑵ 下記送付先を希望

⇒送付先：① 予防接種を受ける人宛て　　② 申請者宛て

③ その他の送付先　住　所 〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

あて先(氏名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お願い：依頼書送付には、申請受領後、数日かかります。ご了承ください。