

申請日:令和 年 月 日

与謝野町保健課 様

下記の対象者が、与謝野町指定医療機関以外で下記の予防接種を希望されましたので、申請します。

★申請者 医療機関又は施設名: _____

医療機関又は施設住所:〒 _____

担当者名: _____

連絡先電話番号: _____

★対象者 (生活保護世帯の場合は、別途手続きが必要です。)

対象者氏名	生年月日	年齢	住 所	希望する予防接種 (○をつけてください)
			与謝野町字	・インフルエンザ ・新型コロナ
			与謝野町字	・インフルエンザ ・新型コロナ
			与謝野町字	・インフルエンザ ・新型コロナ
			与謝野町字	・インフルエンザ ・新型コロナ
			与謝野町字	・インフルエンザ ・新型コロナ
			与謝野町字	・インフルエンザ ・新型コロナ
			与謝野町字	・インフルエンザ ・新型コロナ

*申請理由欄 : ・入所中 ・通所中 ・入院中 ・通院中 ・その他()

★接種実施医療機関

医療機関 又は施設名	
病院長名又は 施設長名	
所 在 地	〒
電 話 番 号	
※ B 類定期予防接種に係る京都府広域予防接種 委託契約締結の協力医療機関ですか。	はい ・ いいえ ・ わからない

*対象者が多数で枠が不足の場合は、お手数ですが申請書のコピーをお願いします。生活保護世帯の方は、京都府から発行されている保護決定通知書(コピー)が必要です。

*FAXでの申請は、不可とさせていただきます。