

様式第1号（第3条関係）

指定外医療機関予防接種実施申請書

年 月 日

南越前町長 様

申請者

住 所 〒

氏 名

印

電話番号

下記のとおり指定外医療機関での接種を希望します。

被 接 種 者	住所	(申請者住所と異なる場合に記入) 南越前町		性別	男・女
	氏名		生年月日	年	月 日
予 防 接 種					
* 指定外医療機関での実施理由 (経過及び現況、疾病名等)					
* 主治医と接種承諾医師が異なる場合に記入					
異なる理由			医療機関名 主治医氏名		
* 上記の被接種者の予防接種実施を承諾します。					
年 月 日			医療機関の住所 医療機関の名称 接種承諾医師氏名 (自署又は記名捺印)		

* は医師記入