

別記様式第 1 号（第 7 条関係）

委託外医療機関任意予防接種申込書

令和 年 月 日

（宛先）栃木市長

委託外医療機関において任意予防接種を受けたいので、栃木市任意予防接種実施要綱第 7 条第 1 項の規定により次のとおり申し込みます。

なお、予防接種について必要な情報があるときは、市がその情報を委託外医療機関に問い合わせること及び提供することに同意します。

申込者	ふりがな		
	氏名	(自署しない場合は、記名押印してください。)	
	住所		
	電話番号		
予防接種希望者	ふりがな	☐ 申込者と同じ（記入不要）	
	氏名		
	住所	☐ 申込者と同じ（記入不要）	
	生年月日	年 月 日	
接種を希望する医療機関	名称		
	所在地		
予防接種の種類	(該当する番号を○で囲んでください。) 1 小児インフルエンザ（ ☐ 1 回目 ☐ 2 回目） 2 おたふくかぜ（ ☐ 1 回目 ☐ 2 回目）		
委託外医療機関での接種を希望する理由			
予診票の送付先	☐ 申込者の住所と同じ（記入不要）		