

様式第1

受託医療機関以外における予防接種申請書

令和 年 月 日

江南市長

(申請者)

住 所 〒

氏 名

電話番号

下記のとおり予防接種を希望しますので依頼書を交付してください。

記

予 防 接 種 名		
被 接 種 者 住 所		
被 接 種 者 氏 名		
生 年 月 日	年 月 日生 (歳 ヶ月)	
受診先医療機関名		
医療機関の所在地	都 道 府 県	市 町 村
上 記 医 療 機 関 で 接 種 を 希 望 す る 理 由		

なお、定期の予防接種の扱いとならなかった場合は、万一健康被害が生じても健康被害の認定はされず、医薬品副反応用被害救済制度の適用となることについて同意いたします。

令和 年 月 日

被接種者（保護者）署名

(被接種者との続柄：)