

敦賀市長 様

安定ヨウ素剤事前配布申請書

安定ヨウ素剤の事前配布を希望します。なお、転出等により、服用の必要がなくなった場合は、速やかに薬剤を返却することをお約束します。

①代表者氏名 ^{※1}	(フリガナ)			②生年月日 (西暦)	
				年 月 日	
③住所					
④連絡先 電話番号					
⑤配布要件 (代表者)	ア <input type="checkbox"/> 12歳以下の方 イ <input type="checkbox"/> 妊婦の方 ウ <input type="checkbox"/> 障がいや病気等により緊急時の迅速な受取ができない おそれがある方 エ <input type="checkbox"/> ア～ウの同居家族の方				
⑥配布を希望 する家族等 ※2 代表者 との続柄	番号	氏名	生年月日	続柄 ^{※2}	要件
	1		年 月 日		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
	2		年 月 日		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
	3		年 月 日		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
	4		年 月 日		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
	5		年 月 日		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
	6		年 月 日		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
	7		年 月 日		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
⑦備考					

※1 代表者は親族の方であればどなたでも結構ですが、安定ヨウ素剤を受け取られる際には、⑤配布要件に当てはまる必要があります。