

様式第1号（第3条関係）

定期予防接種（B類）県外医療機関等実施申請書

年 月 日

敦賀市長 へ

申請者住所：〒

申請者氏名： 続柄（ ）
（申請者は本人若しくは家族）
電話番号： （ ）

下記のとおり県外医療機関等での接種を希望します。（いずれかに○をつける。）

予防接種の種類 { インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌感染症
新型コロナウイルス感染症 ・ 帯状疱疹 }

被接種者	(ふりがな) 氏 名	
	住 所	敦賀市
	生年月日	年 月 日 (歳)
県外医療機関等での接種理由 (該当するものに○をつけてください。3の場合は理由を記入してください。) 1 入所中のため 施設名 () 2 接種期間中に入院しているため 3 その他 ()		

上記の方の予防接種実施を承諾します。

年 月 日

住 所

実施医療機関名
代 表 者 名