

予防接種申込書

令和 年 月 日

たつの市長 様

住 所
氏 名 (続柄)
電話番号 () -

予防接種法等に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

接種を受ける人	住 所				
	氏 名		男 女	生年 月 日	年 月 日生 (満 歳 カ月)
受ける予防接種 の種類	新型コロナワクチン				
接種を希望する 医療機関	所在地				
	医療機 関 名				
接種希望日	令和 年 月 日				
広域的予防接種 を希望する理由					

《市記入欄》

- ・ 上記のことについて、下記の条件を付して承認します。
令和 年 月 日から令和 年 月 日までの間に接種を受けてください。
- ・ 上記のことについて、承認しないこととします。

(不承認の理由)

令和 年 月 日

たつの市長 山 本 実
(担当課 健康課)

*個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。 また、目的外の使用は禁止します。
