

様式第 2 号（第 5 条関係）

那珂川町法定外予防接種申請書

年 月 日

那珂川町長 様

申請者 住所 那珂川町

氏名 ⑩

電話

被接種者との関係

那珂川町法定外予防接種を受けたいので、次のとおり申し込みます。

希 望 す る 予 防 接 種	☐ 風しん（成人） ☐ 麻しん風しん（成人） ☐ 高齢者肺炎球菌（定期以外） ☐ インフルエンザ（小児） ☐ インフルエンザ（高校 1 年生以上 65 歳未満） ※希望する予防接種に印をつけてください。	
予 防 接 種 を 受 け る 者	住 所	
	ふ り が な 氏 名	
	生 年 月 日 (申込日現在)	
接 種 を 希 望 す る 医 療 機 関		
接 種 希 望 年 月 日	年	月 日