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

　　　　　　　　　　　　　　　　　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） * 高齢者用肺炎球菌(定期以外) * ロタウイルス胃腸炎（ロタリックス）   □　ロタウイルス胃腸炎（ロタテック）  ※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 | |