

様式第 1 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、次のとおり申請します。

希 望 す る 予 防 接 種	☐ おたふくかぜ ※1 歳～年長児 ☐ 【皮下】インフルエンザ ※生後 6 か月～ ☐ 【経鼻】インフルエンザ ※2 歳～18 歳（高校 3 年生相当）	
予 防 接 種 を 受 け る 者	住 所	☐ 申請者と同じ 那珂川町
	氏 名	☐ 申請者と同じ
	生 年 月 日 (年 齢)	年 月 日 (歳)
接 種 希 望 医 療 機 関	町 内 その他〔医療機関名： 〕	