

令和 年 月 日

播磨町長 様

(申請者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(続柄 \_\_\_\_\_)

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

### 広域的予防接種申請書

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希望しますので、承認願います。

被接種者 (接種を受ける人)	住 所	加古郡播磨町			
	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					
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					

※予防接種を受けようとする接種券を添付すること。

(高齢者インフルエンザ・高齢者肺炎球菌の場合) 決定にあたり世帯の課税状況を確認することに同意します。 接種者 _____ 代理人 _____ (続柄 _____)
---

※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。
---