

この申請書は、能登町が指定する医療機関以外で接種を希望する場合のみ提出が必要です。

令和 年 月 日

能登町長 宛

住 所 〒

氏 名

電話番号

被接種者との続柄 ☐本人 ☐同一世帯員 ☐その他（ ）

能登町長が指定する医療機関以外での定期の予防接種申請書

下記のとおり能登町長が指定する医療機関以外での予防接種を希望しますので、申請します。なお、本様式は、予防接種の安全の確保を目的に作成されたことを理解の上、予防接種を受ける医療機関に、下記情報を提供することに同意します。

被 接 種 者	氏 名 ふりがな	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日
	住 所 (住民票に記載の住所)	
	電話番号	
希望する予防接種		インフルエンザ ・ 新型コロナウイルス感染症
予防接種を希望する 医療機関 (所在地・名称・電話番号)		〒 市 町 医療機関名【 】 電話番号 (- -)
申請理由		☐ 入院・入所のため ☐ かかりつけ医のため ☐ その他（ ）