

様式第 1 号

新型コロナウイルス感染症予防接種申込書

令和 年 月 日

香美町長 浜 上 勇 人 様

〒

住 所
氏 名 (続柄)
電話番号 ()

予防接種法等に基づく新型コロナウイルス感染症予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

接種を受ける人	住 所				
	氏 名		男 女	生年 月 日	年 月 日生 (満 歳)
接種を希望する 医療機関又は施設	所在地				
	医療機関名 又は 施設名				
	電話番号				
町外で予防接種 を希望する理由					
<u>接種を受ける本人以外の方が申請される場合は、接種を受けることについて事前に被接種者本人の意思確認が必要です。確認していただき、下欄に「○」印を付けてください。被接種者の意思確認ができない場合は接種できません。</u>					
	予防接種を受けることについて本人の意思を確認した。				

※町記入欄

・上記のことについて、下記の条件を付して承認します。

上記の接種を希望する医療機関に対し予防接種に関する業務を委託しますので、令和 年 月 日から令和 年 月 日までの間に接種を受けてください。

・上記のことについて、承認しないこととします。
(不承認の理由)

令和 年 月 日

香美町長 浜 上 勇 人
(担当 健康課健康増進係)

* 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、目的外には使用しません。