

申請日 令和 年 月 日

猪名川町長 様

申請者 印

住所 〒

電話 ( )

予防接種の実施について(申請)

みだしの件について、予防接種を猪名川町が実施している医療機関で接種ができません

記

ふりがな	
1 被接種者氏名	
2 生年月日	
3 住所	猪名川町
4 予防接種種類	
5 接種を受ける市町名	都道府県 市・郡 町・村
6 接種を受ける医療機関名	
7 猪名川町で接種できない理由	

なお、町外での接種に際し、以下について説明をうけ了承しております。

1. 万一この予防接種により引き起こされた副反応による健康被害が生じたと認められた場合は、予防接種に基づく補償を受けることができます。
2. 接種にかかる費用について、実費負担が生じる場合は、被接種者の負担となります。(猪名川町に返金制度はありません。)

申請者自署

印

【申請者住所地以外に連絡を希望する場合の連絡先】

・住所

・電話番号