

申請日 年 月 日

鳥取市長 様

指定医療機関外予防接種申請書

下記の者は、鳥取市が指定する医療機関での予防接種を受けることができません。指定医療機関外での予防接種を希望しますので、次のとおり申請します。

- <注意事項>
- この申請は、鳥取市に住民票がある方に限り有効です。
 - 鳥取市外に転出される場合は、転出先の市町村にご相談ください。

申請者	氏名	(フリガナ)
	生年月日	年 月 日
	住民票のある住所	〒
	申請者との続柄	☐ 本人 ☐ 同一世帯員 ☐ その他（ ※「その他」の場合は別途委任状が必要です。
同意者 (被接種者)	☐ 申請者と同じ（申請者と同意者（被接種者）が同じ場合は左の□にチェック）	
	氏名	(フリガナ)
	生年月日	年 月 日
	住民票のある住所	鳥取市
接種を希望する医療機関 (医療機関が所在する自治体名)		(市・区・町・村)
滞在先	住所	〒
	世帯主氏名	
	電話番号	※日中連絡のとれる電話番号を記入してください。
関係書類送付先		☐ 住民票地 / ☐ 上記滞在先 / その他
受ける予防接種の種類		☐ インフルエンザ / ☐ 高齢者肺炎球菌 / ☐ 新型コロナ / ☐ 帯状疱疹
申請期間		年 月 日まで
申請理由		☐ 市外の施設へ入所中のため ☐ 主治医の指示・管理の下で接種するため ☐ その他（理由： ）