（様式第１号）

長期療養後における疾病等の定期予防接種実施申請書

年　　月　　日

福　井　市　長　様

申 請 者

氏　　名　　（被接種者との続柄　　）

住　　所

電話番号（　　）　　－

下記のとおり、申請します。

被接種者	住　所	（申請者住所と異なる場合に記入）		性別	男・女
	氏　名		生年月日	年　　月　　日 （　　歳　　ヵ月）	
希望する予防接種 （対象年齢外）					
接種予定医療機関	所在地： 名　称：				

＊医師記入欄

1　対象年齢内に定期予防接種を受けることができなかった事由となる疾病の名称等、特別の事情の内容

疾病名：

状　況：（定期予防接種を受けることができなかった理由、期間等を明記してください ）

現在、予防接種が可能であると判断します。

年　　月　　日

医療機関所在地

医療機関名

医師名