

年 月 日

（宛先）紀の川市長

任意予防接種実施申請書

【申請者（保護者）】

被接種者

氏 名 続柄

住 所

電話番号

今回の予防接種を希望するワクチンが、任意の予防接種であり、ワクチンの効果や目的、副反応の可能性を理解した上で、次のとおり予防接種を希望します。

なお、接種費用に係る請求及び受領の権限を受託医療機関に委任します。

また、健康被害が生じた場合の対応は、予防接種後健康被害救済制度ではなく、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済又は全国町村会総合賠償保険に基づき行われることに同意します。

予防接種の種類 第1期・第2期いずれかに ○をしてください		麻しん風しん混合（MR）ワクチン 第1期 ・ 第2期		
被接種者	住 所	〒 ー		
	氏 名	ふりがな	性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日生		
未接種理由				
医療機関名				
医 師 名				