令和7年4月1日

越前市長 殿

越前市指定外医療提供施設等予防接種実施要綱第3条第1項の規定に基づき、次のとおり指定外医療提供施設等での接種について申請します。

申請者	住所	〒915-8530 越前市府中一丁目13-7		
	氏名	越前 太郎	被接種者との続柄（本人）	
	電話番号	0778-24-2221（平日・日中の連絡先）		
被接種者	住所	（申請者住所と異なる場合に記入） 〒 越前市		
	フリガナ 氏名	エチゼン タロウ 越前 太郎	生年月日	S16年4月1日
予防接種の種類	高齢者インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、帯状疱疹			
滞在先住所	（申請者住所又は被接種者住所と異なる場合に記入） 〒915-〇〇〇〇 越前市□□町△ 老人ホーム 越前市荘 (様方)			
実施理由	（経過及び現況、疾病名等） 例 施設に入所しているため。 通院しているため。			
接種を希望する医療提供施設等	住所	〒915-〇〇〇〇 越前市□□町△		
	名称	老人ホーム 越前市荘		