

代理人が、接種を受ける複数名の申請をされる場合、この別紙を申請書に添付してください。

別紙でも不足する場合、複数枚を添付する、または、同内容を記載した書類(様式は問わない)を添付してください。

※申請者である代理人、接種する医療機関、送付先のいずれか1つでも異なる場合は、新たに申請してください。

※接種を受ける方全員に接種する希望があることを事前に確認し、委任を受けてから申請してください。

接種を受ける方の情報									
1	(フリガナ) 氏名		住所	〒 神戸市	本人の接種希望	☐ 接種希望があることを確認し、委任を受け申請する			
						生年 月日	年 月 日		
	申請する予防接種の種類		☐ 生ワクチン(ビケン) ☐ 組換え(シグリック)1回目 ☐ 組換え(シグリック)2回目 ☐ 組換え(シグリック)1回目+2回目						
2	(フリガナ) 氏名		住所	〒 神戸市	本人の接種希望	☐ 接種希望があることを確認し、委任を受け申請する			
						生年 月日	年 月 日		
	申請する予防接種の種類		☐ 生ワクチン(ビケン) ☐ 組換え(シグリック)1回目 ☐ 組換え(シグリック)2回目 ☐ 組換え(シグリック)1回目+2回目						
3	(フリガナ) 氏名		住所	〒 神戸市	本人の接種希望	☐ 接種希望があることを確認し、委任を受け申請する			
						生年 月日	年 月 日		
	申請する予防接種の種類		☐ 生ワクチン(ビケン) ☐ 組換え(シグリック)1回目 ☐ 組換え(シグリック)2回目 ☐ 組換え(シグリック)1回目+2回目						
4	(フリガナ) 氏名		住所	〒 神戸市	本人の接種希望	☐ 接種希望があることを確認し、委任を受け申請する			
						生年 月日	年 月 日		
	申請する予防接種の種類		☐ 生ワクチン(ビケン) ☐ 組換え(シグリック)1回目 ☐ 組換え(シグリック)2回目 ☐ 組換え(シグリック)1回目+2回目						
5	(フリガナ) 氏名		住所	〒 神戸市	本人の接種希望	☐ 接種希望があることを確認し、委任を受け申請する			
						生年 月日	年 月 日		
	申請する予防接種の種類		☐ 生ワクチン(ビケン) ☐ 組換え(シグリック)1回目 ☐ 組換え(シグリック)2回目 ☐ 組換え(シグリック)1回目+2回目						
6	(フリガナ) 氏名		住所	〒 神戸市	本人の接種希望	☐ 接種希望があることを確認し、委任を受け申請する			
						生年 月日	年 月 日		
	申請する予防接種の種類		☐ 生ワクチン(ビケン) ☐ 組換え(シグリック)1回目 ☐ 組換え(シグリック)2回目 ☐ 組換え(シグリック)1回目+2回目						
7	(フリガナ) 氏名		住所	〒 神戸市	本人の接種希望	☐ 接種希望があることを確認し、委任を受け申請する			
						生年 月日	年 月 日		
	申請する予防接種の種類		☐ 生ワクチン(ビケン) ☐ 組換え(シグリック)1回目 ☐ 組換え(シグリック)2回目 ☐ 組換え(シグリック)1回目+2回目						
8	(フリガナ) 氏名		住所	〒 神戸市	本人の接種希望	☐ 接種希望があることを確認し、委任を受け申請する			
						生年 月日	年 月 日		
	申請する予防接種の種類		☐ 生ワクチン(ビケン) ☐ 組換え(シグリック)1回目 ☐ 組換え(シグリック)2回目 ☐ 組換え(シグリック)1回目+2回目						
9	(フリガナ) 氏名		住所	〒 神戸市	本人の接種希望	☐ 接種希望があることを確認し、委任を受け申請する			
						生年 月日	年 月 日		
	申請する予防接種の種類		☐ 生ワクチン(ビケン) ☐ 組換え(シグリック)1回目 ☐ 組換え(シグリック)2回目 ☐ 組換え(シグリック)1回目+2回目						
10	(フリガナ) 氏名		住所	〒 神戸市	本人の接種希望	☐ 接種希望があることを確認し、委任を受け申請する			
						生年 月日	年 月 日		
	申請する予防接種の種類		☐ 生ワクチン(ビケン) ☐ 組換え(シグリック)1回目 ☐ 組換え(シグリック)2回目 ☐ 組換え(シグリック)1回目+2回目						
11	(フリガナ) 氏名		住所	〒 神戸市	本人の接種希望	☐ 接種希望があることを確認し、委任を受け申請する			
						生年 月日	年 月 日		
	申請する予防接種の種類		☐ 生ワクチン(ビケン) ☐ 組換え(シグリック)1回目 ☐ 組換え(シグリック)2回目 ☐ 組換え(シグリック)1回目+2回目						
12	(フリガナ) 氏名		住所	〒 神戸市	本人の接種希望	☐ 接種希望があることを確認し、委任を受け申請する			
						生年 月日	年 月 日		
	申請する予防接種の種類		☐ 生ワクチン(ビケン) ☐ 組換え(シグリック)1回目 ☐ 組換え(シグリック)2回目 ☐ 組換え(シグリック)1回目+2回目						