

申請日 令和 8年 4月 1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) トミヤス ジロウ 富安 次郎
	生年月日	昭和45年 11月 11日
	住民票のある 住所	〒680-8571 鳥取市幸町71番地
	申請者との 続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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) トミヤス タロウ 富安 太郎
	生年月日	昭和11年 11月 22日
住民票のある 住所	鳥取市幸町71番地	
接種を希望する医療機関 (医療機関が所在する自治体名)	鳥取大学医学部附属病院 (米子 市 区・町・村)	
滞在先	住所	〒683-8504 鳥取県米子市西町36番地1 鳥取大学医学部附属病院
	世帯主氏名	
	電話番号	0859-33-1111 ※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	<input type="checkbox"/> 住民票地 / <input checked="" type="checkbox"/> 上記滞在先 / その他	
受ける予防接種の種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ / <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 / <input type="checkbox"/> 新型コロナ / <input checked="" type="checkbox"/> 帯状疱疹	
申請期間	令和9年 3月 31日まで	
申請理由	<input type="checkbox"/> 市外の施設へ入所中のため <input checked="" type="checkbox"/> 主治医の指示・管理の元で接種するため <input type="checkbox"/> その他 (理由:)	