様式第１号

大蔵村おたふくかぜ予防接種確認書

令和　　年　　月　　日

大蔵村長　　様

住　所
　　大蔵村大字

申請者（保護者）氏名　　印

連絡先電話番号

おたふくかぜ予防接種に要した費用の助成について、大蔵村おたふくかぜ予防接種実施要綱第４条の規定により、確認書を提出します。

記

1　接種者氏名　　生年月日　　Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日生

2　ワクチン接種医療機関所在地及び名称（予定）

所在地

名　称

3　接種ワクチンの接種（予定）

おたふくかぜウイルスワクチン

4　母子保健指導による接種同意確認

私、申請者（保護者）は保健師による指導において、当該ワクチンの効果及び副作用等について理解し、その上で当該ワクチンの接種をします。

同意確認欄（申請者氏名）