

(注) 受け取り希望日の10日前までに提出してください。

## 安定ヨウ素剤事前配布申込書

令和 年 月 日

鳥取県西部総合事務所米子保健所 御中

(〒 \_\_\_\_\_ )

(申込者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

連 絡 先 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

安定ヨウ素剤の事前配布を受けたいので、下記のとおり申し込みます。

## 記

## 1 受け取り希望日（予約日）

毎月第2・第4火曜日（祝日を除く）（午後3時～午後5時）に実施します。

ご希望の日と、およその来所時間をご記入ください。

（来所は、午後4時30分までにお願いします。）

※予約が集中した場合は、変更をお願いする場合があります。

○希望日： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (火)      ○来所時間： \_\_\_\_\_ 午後 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分頃

## 2 申込理由

該当する理由に○を記入してください（複数記入可）。

<input type="checkbox"/>	障がいや病気がある
<input type="checkbox"/>	妊娠している
<input type="checkbox"/>	小さい子ども（小学生以下）が世帯にいる
<input type="checkbox"/>	高齢者や障がい者等が世帯にいる
<input type="checkbox"/>	その他上記に準ずる理由がある

上記の理由により、原子力災害時に一時集結所での速やかな受け取りが難しい（負担となる）ため。

【※裏面に続く】

### 3 配布を希望する方

(申込者と同居するご家族に限ります。申込者ご自身についても記入してください。)

ふりがな 氏名	生年月日	申込者との続柄
	大・昭 平・令 . .	本人
	大・昭 平・令 . .	
	大・昭 平・令 . .	
	大・昭 平・令 . .	
	大・昭 平・令 . .	
	大・昭 平・令 . .	
	大・昭 平・令 . .	
	大・昭 平・令 . .	

### 4 同居の親族以外の方に代理受領を委任される場合 (※該当者のみ)

単身世帯等のため説明会に参加することが困難であり、同居する親族以外の方に代理受領を委任する場合は、以下に代理で受取りをされる方の氏名等を記入してください。

【代理で受取りをされる方】

ふりがな 氏名	住所	委任者との関係

※後日送付する説明会の案内に同封する「問診票兼受領書」に、配布対象者本人と代理で受取りをされる方の氏名を記載するとともに押印を行った上で説明会に持参していただきます。

※本申込書に記載された内容は、安定ヨウ素剤の事前配布にかかる事務のみに利用し、それ以外の目的での利用はしません。