令和８年度ＵＰＺ　安定ヨウ素剤事前配布申請書

令和　　年　　月　　日

島 根 県 知 事　様

（申請者）　〒　　－

住 所	市　　番地、アパート名等まで記入
氏 名	
電 話 （日中）	－　　－

安定ヨウ素剤の事前配布を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

１　事前配布会の参加希望日時・会場　　【令和8年11月16日（月）必着】

※原則、居住市の会場へ参加をお願いします。希望会場に〇を記入してください。

市	開催ＩＤ	日　時	会　場	希望会場
雲南	229	令和８年１２月５日(土) 〈受付〉10:00～10:30 〈説明〉10:30	雲南市役所 （雲南市木次町里方521-1）	
安来	230	令和８年１２月１２日(土) 〈受付〉10:00～10:30 〈説明〉10:30	安来市防災研修棟 ＜安来市安来町878-1＞	
松江	231	令和８年１２月２０日(日) 〈受付〉13:30～15:30 〈説明〉14:00～	いきいきプラザ島根 ＜松江市東津田町1741-3＞	
	232	令和９年１月１６日(土) 〈受付〉13:30～15:30 〈説明〉14:00～	くにびきメッセ ＜松江市学園南1丁目2-1＞	
出雲	233	令和９年１月２３日(土) 〈受付〉10:00～11:00 〈説明〉10:30	出雲市役所本庁 くにびき大ホール ＜出雲市今市町70＞	
薬局	234	令和9年2月28日（日）まで	薬局配布 対象となる薬局は同封のチラシをご確認ください。	

裏面もご記入をお願いします

２　緊急時に速やかに安定ヨウ素剤の配布を受けることができない理由

※該当する理由に〇を記入してください（複数回答可）。

	障がいや病気により緊急時に受け取りに行くことが難しい
	世帯に高齢者や障がい者等がいるため、緊急時に受け取りに行くことが難しい
	小さい子どもがいるため、緊急時に受け取りに行くことが難しい
	緊急時に受け取る場所（一時集結所）までの距離が遠い
	その他（理由：　　）

３　配布を希望する方

※申請者と同居のご家族に限ります。申請者ご自身についても記入してください。

※令和９年４月１日時点の年齢をご記入ください。

フリ　ガナ 氏　　名	性別	生年月日	年齢	申請者との続柄
	男・女	昭・平・令　年　月　日		本人
	男・女	昭・平・令　年　月　日		
	男・女	昭・平・令　年　月　日		
	男・女	昭・平・令　年　月　日		
	男・女	昭・平・令　年　月　日		
	男・女	昭・平・令　年　月　日		
	男・女	昭・平・令　年　月　日		
	男・女	昭・平・令　年　月　日		

※後日、事前配布のご案内を申請者にお送りします。

※本申請書に記載された内容は、安定ヨウ素剤の事前配布に係る事務のみに利用し、それ以外の目的での利用はいたしません。