

# 成人における定期予防接種依頼書発行申請書

(あて先) 室 蘭 市 長

令和 年 月 日

このことについて、下記により依頼書を発行くださるようお願いいたします。

希望する予防接種		<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌
申請者	氏 名		
	住 所		
	電話番号	(            )            -	
	被接種者との関係	※該当に○を付けてください 本人・夫・妻・子・孫・その他 (            )	
被接種者	氏 名		
	生年月日	明治・大正・昭和            年            月            日	
	現住所 (住民票のある住所)	室蘭市	
	滞在先住所 (施設・病院名)		
依頼の理由 ※長期入所・長期入院など			
予防接種を受ける医療機関名称			