

(市役所提出用) 予 防 接 種 依 頼 書 交 付 願

(インフルエンザ・高齢者肺炎球菌)

令和 年 月 日

下田市市民保健課長 様

(被接種者) 予防接種を受ける方  
住所

氏名 印

下記により、予防接種を受けたいのでよろしくお願いいたします。

記

接種するワクチン		インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌
被接種者	住 所	下田市
	氏 名	
	生年月日	( )歳
	連絡先	
滞在先又は 入所、入院先	住所 (施設名)	
	連絡先	
代理申請の場合 代理の方の氏名		
被接種者との続柄		
代理の方の連絡先		
接種を予定する 医療機関名等		【医療機関名】 【住 所】 【電話番号】
指定医療機関外での接種 希望理由		
備 考		代理の方の申請の場合は、被接種者確認(保険証など)の控えを頂きます。ご了承ください。