

予防接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

糸満市長 殿

下記の理由により、予防接種実施依頼書の交付を申請します。 <input type="checkbox"/> 就業・学業のため <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※該当するものに✓をつけてください。	申請者	住所	
		氏名	Ⓜ (続柄 )
		電話	

接種を受ける方	住所				
	フリガナ		男・女	生年月日	昭和(満) 年 歳 月 日 (ヶ月)
	氏名				
希望する予防接種 ※該当するワクチン名に✓をつけ、該当する回数を○でかこんでください。		<input type="checkbox"/> インフルエンザ	1回目		
		<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス	1回目		
		<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	1回目		
		<input type="checkbox"/> 帯状疱疹(生ワクチン)	1回目		
		<input type="checkbox"/> 帯状疱疹(組み換えワクチン)	1回目・2回目		
		<input type="checkbox"/> RSウイルス	1回目		
接種希望医療機関	名称	(電話 )			
	所在地	都道府県 市区町村			
接種時の滞在先	住所	〒 様方			
	保護者	氏名： (続柄 ) 電話：			
	滞在期間	年 月 日 ~ 年 月 日			