

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

忠 岡 町 長 様

令和 年 月 日

申 請 者

氏 名	
住 所	
電 話 番 号	
接種を受ける者との続柄	

下記の理由により、予防接種依頼書の交付を申請します。なお、接種を受けるにあたっては、受け入れ市区町村の実施方法によることを承諾いたします。

被接種者	氏名		性別(男・女)
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)	
	住所	大阪府泉北郡忠岡町	
予防接種の種類	インフルエンザ定期予防接種 ※既に接種をされた方は、対象外になりますので申請できません。		
申請理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 長期滞在中 その他()		
接種医療機関	医療機関名: 住所: 電話番号:		
滞在先 ※忠岡町外に滞在中の方	施設の名称: 住所: 電話番号:		