予防接種実施依頼書発行申請書

令和　　年　　月　　日

日田市長　　様

申請者　　〒
（保護者）　住　所

氏　名

ＴＥＬ

標記の件について、下記のとおり予防接種を希望しますので、予防接種実施依頼書の発行をお願いします。

なお、接種に伴う料金は、公費助成以外の自己負担金については、被接種者又は保護者が負担します。

記

予防接種の種類	高齢者インフルエンザ　　高齢者肺炎球菌 （必要なものに○を付ける）
被接種者氏名	
被接種者生年月日	明治　大正　昭和　　年　　月　　日　生
被接種者の日田市住所	
保護者氏名	
被接種者の滞在先住所、施設名	〒 （電話番号　　）
依頼理由	
依頼書発行先市町村名及び接種医療機関名	