

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

T E L

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	高齢者肺炎球菌 帯状疱疹 新型コロナウイルス感染症 高齢者インフルエンザ (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	