

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 〇
(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	高齢者肺炎球菌感染症	带状疱疹
	新型コロナウイルス感染症	高齢者インフルエンザ
	その他（ ） (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		