

(市役所提出用) 予 防 接 種 依 頼 書 交 付 願

(インフルエンザ・高齢者肺炎球菌・新型コロナ・带状疱疹)

令和 年 月 日

下田市市民保健課長 様

(被接種者) ※予防接種を受ける方
住所

氏名

下記により、予防接種を受けたいのでよろしく願いいたします。

記

接種するワクチン	インフルエンザ・高齢者肺炎球菌・新型コロナ・带状疱疹	
被接種者	住所	下田市
	氏名	
	生年月日	() 歳
	連絡先	
滞在先又は 入所、入院先	住所 (施設名)	
	連絡先	
※代理申請の場合 代理の方の氏名		
被接種者との続柄		
代理の方の連絡先		
接種を予定する 医療機関名等	【医療機関名】 【住所】 【電話番号】	
指定医療機関外での接種 希望理由		
備考	※代理の方の申請の場合は、被接種者確認（保険証など）の控えを頂きます。ご了承ください。	