

令和 年 月 日

## 個別予防接種依頼申請書

大 泉 町 長 様

ふ り が な  
被予防接種者名 男 ・ 女

生年月日 年 月 日生 ( 才)

住 所 大泉町

連絡先 (TEL)

下記の予防接種を次の医療機関にて受けられるよう、予防接種依頼書の発行をお願いいたします。

記

予 防 接 種 名	1. インフルエンザ予防接種 2. 肺炎球菌予防接種  ※ 該当する番号に○をつけてください	
依 頼 医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	
	連 絡 先 (TEL)	
依 頼 理 由		