

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<br>2. 肺炎球菌予防接種<br>3. 新型コロナウイルスワクチン予防接種<br>※ 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<br>(TEL)                                                              |  |
| 依 頼 理 由     |                                                                             |  |