

見本

予防接種実施依頼書交付申請書

令和 5 年 4 月 1 日

小豆島町長 殿

申請者 住所：大阪府大阪市〇〇〇〇  
□□□番地□□号  
氏名：小豆 花子  
電話番号：090-1234-5678  
(被接種者との関係： 娘 )

被接種者	住所	小豆島町片城甲〇〇番地		
	フリガナ	ショウズ タロウ		
	氏名	小豆 太郎		
	生年月日	昭和 5 年	4 月	1 日
	電話番号	090 - 1234 - 5678		
	滞在先住所	大阪府大阪市〇〇番地〇〇号		
予防接種の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ	該当するものに✓をいれてください		
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 県外施設へ入所中のため <input type="checkbox"/> その他 ( )			
接種を受ける医療機関	住所	大阪府大阪市〇〇〇□□□番地□□号		
	医療機関名	〇〇〇〇病院		

医療機関が決まっていない場合は、市町村名のみで構いません