

予防接種実施依頼書交付申請書

平成 年 月 日

千歳市長 様

申請者 住 所  
氏 名 印  
被接種者との続柄（ ）  
電話番号

予防接種実施依頼書の発行を申請します。  
また、接種に際して費用請求があった場合は、全額自己負担となることを了承いたします。

住所 (住民登録のあるところ)	(申請者住所と同じ場合は「同上」とご記入ください。) 千歳市	
被接種者氏名	フリガナ	
	氏 名	
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日
申請理由		
予防接種の種類	高齢者等インフルエンザ・高齢者肺炎球菌（23 価肺炎球菌）	
滞在先住所	〒 ( ) ( ) 様方) 電話番号 ( ) -	
接種を受ける市町村 または医療機関	〒 (住所) (市町村または医療機関名) (電話番号) ( ) -	
依頼書の送付先 (該当するものに をしてください。)	現住所 ・ 滞在先 ・ 接種を受ける市町村 ・ 接種を受ける医療機関	