

令和 年 月 日

天草市長 様

天草市 町

申請者
(代理の場合はその続き柄)

予防接種の依頼について

予防接種法に基づく定期予防接種について、下記の通り依頼での接種を希望します。
記

ふりがな 被接種者	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ()歳
予防接種	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ
接種希望市町村 及び医療機関	都道府県 市 医療機関名 ()
天草市で接種 できない理由	1. かかりつけ医での接種 2. 施設入所・入院中 3. その他 ()

※申請書等の郵送の場合

申 請 書		予 診 票	備 考
発 送 日	返 信 日	発 送 日	※返信先住所・氏名等