

# 高齢者の肺炎球菌感染症予防接種予診票交付願い 【県広域化用】

(あて先)合志市長

令和 年 月 日

※施設等の職員の場合は、住所欄に施設の住所と施設名、氏名欄には職員の氏名(生年月日は不要)を書いてください。

<b>申請者</b> <small>※ (窓口) 来た人</small>	住所		被接種者 との関係	
	氏名		生 年 月 日	
			大正 昭和 平成	年 月 日

申請者と被接種者が同じ場合は下の欄は記入の必要ありません。

<b>被接種者</b>	住所	合志市		
	氏名		生 年 月 日	
			昭和	年 月 日

<b>接種医療機関名</b>	
----------------	--

**【お願い】**

郵送で「予診票交付願い」を提出する際は、必ず、返信用封筒を同封してください。

返信用封筒には、送付先の住所・氏名の記入、切手（84円）の貼付をお願いします。

**【提出先】**

〒861-1195  
 熊本県合志市竹迫2140  
 合志市役所 健康ほけん課

受付印	
	職員名：
窓口 ・ 郵送	
返送日：	