

年 月 日

(あて先)合志市長

【申請者】(窓口に来られた人)

住所※

氏名

被接種者からみた続柄()

電話番号(- -)

※施設等の職員の場合は、施設等の住所、施設名を書いてください。

予防接種依頼書交付申請

予防接種名	带状疱疹予防接種	
被接種者住所	合志市	
被接種者氏名		男 ・ 女
被接種者の 生年月日	年 月 日 (歳)	
該当理由に☑をして ください ※「その他」は、理由も記入してく ださい	☐ 入院(所)中のため ☐ かかりつけ医のため ☐ その他※()	
接種医療機関		
接種予定日	年 月 日	

【お願い】

郵送で、「予防接種依頼書交付申請」を提出する場合は、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（94円）の貼付をお願いします。

受付印