

带状疱疹予防接種予診票交付願い

【県広域化用】

(あて先)合志市長

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。

申請者※ (窓口に来た人)	住所		被接種者との関係	
	氏名		生 年 月 日	
			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。

被接種者	住所	合志市	生 年 月 日	
	氏名		年 月 日	

接種医療機関名	
---------	--



接種期間: 令和8年4月～令和9年3月まで。

【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(110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: