

令和 年 月 日

板倉町長 様

住 所

氏 名

(続柄：)

定期予防接種（B類疾病）実施依頼申請書

下記のとおり、指定医療機関以外で予防接種を受けたいので申請します。

記

被接種者	氏 名			性 別	男 女	
	住 所	板倉町				
	生年月日	大正 昭和	年	月	日	電話番号
希望する 予防接種	<input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌					<input type="checkbox"/> インフルエンザ
医療機関名						
医療機関住所 電話番号	()					