

予防接種（指定医療機関外）希望申請書

下記の市町村にて接種いたしたく、申請いたします。

申請日 令和 ○年 ○月 ○日

申請者 宮若 太郎 接種者との続柄 長男

住 所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 1 0 0 0 - 1 0

電話番号 (0 0 0) - 0 0 0 - 1 2 3 4 ※連絡のつく番号を記入してください

希望市町村 △△ 県 △△ 市・町・村

接種医療機関・施設名 △△病院

住 所 福岡県△△市△△町△△ 1 2 3 4 - 1

電話番号 (0 0 0 0) - 0 0 - 1 1 1 1

接種医師名 若宮 三郎

予防接種を受ける者

住 所	宮若市 金生 1 0 6 4 - 1
氏 名	宮若 花子
生 年 月 日	大正 昭和 1 0 年 1 0 月 1 0 日
予 防 接 種 の 種 類	インフルエンザ ・ 新型コロナ ・ 肺炎球菌 ・ 带状疱疹

希望の予防接種に
○をしてください

※ 接種予定日 令和 ○年 ○月 ○日（予定があればご記入下さい）

※ 依頼書の郵送を希望される方は郵送先をご記入ください。

〒 0 0 0 - 0 0 0 0

住 所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 2 0 0 - 2 0

氏 名 〇〇 〇〇 様