

別記様式第1号（第4条関係）

高齢者予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

佐野市長 様

申請者 住所 佐野市

氏名

性別 男 ・ 女

生年月日 年 月 日

電話

次の理由により市の指定する医療機関において  インフルエンザ  
 肺炎球菌感染症  
の予防接種を受けることができません。

つきましては、次の医療機関において予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

理 由	
希望する医療機関	

備考 該当する□に✓を記入してください。