

予防接種実施依頼書発行願い

宗像市長あて

令和 年 月 日

申請者	住所	〒
	氏名	(被接種者との続柄;)
	電話番号	

下記の者について、予防接種依頼書を発行願います。

被接種者	住所	〒 福岡県宗像市
	氏名	
	生年月日	昭和 年 月 日
被接種者滞在地 (住所地と異なる場合記入)	住所	〒
	施設等名称	
	電話番号	
依頼理由 (該当するものに○)		1 医療機関に入院中のため 2 施設入所中のため 3 その他 ()
希望する予防接種 (該当するものに○)		1 高齢者の肺炎球菌 2 インフルエンザ(※10月以降実施予定。発行願い受付も10月開始。)
接種予定の 医療機関	所在地	〒
	名称	
	代表者	
	電話番号	
送付先 (希望するものに○)		1 被接種者住所(宗像市の住民登録住所) 2 滞在地 3 その他 ()

※ 記載された事項について、電話等で確認させていただくことがあります。

受付日