

様式 1

带状疱疹予防接種予診票交付申出書

年 月 日

遠野市長 多田 一彦 様

申請者 住所

氏名

(本人・本人との続柄 _____)

連絡先電話番号 _____ - _____

下記の事由により、予防接種予診票交付を申出します。

接種者住所	遠野市 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	大正 昭和 年 月 日 (満 歳)
接種者氏名		<input type="checkbox"/> 生活保護受給	
希望するワクチンの種類	<input type="checkbox"/> 生ワクチン (1回接種) <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン (2回接種) <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン (2回目のみ) ※既に1回接種済の方		
※既に1回接種済の方	1回目の接種日	令和 年 月 日 ※2回目は、1回目から2か月後～6か月後までに接種します。それ以外は助成対象外のためご注意ください。	
適用			

※あてはまる項目に☑を記入してください