

# 広域的な予防接種申出書

令和 年 月 日

遠野市長 本田 敏秋 様

申請者 住所

氏名

(署名又は記名押印)

被接種者との続柄 ( )

連絡先電話番号 - -

予防接種法等に基づく予防接種を市外で受けたいので、下記のとおり申出をします。

## 記

予防接種の種類	高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種		
ふりがな		生年 月日	T 年 月 日 S
被接種者の氏名			
住 所	〒 電話 ( - - )		
滞 在 先 (入院中、施設入所等の場 合に記載してください)	〒 電話 ( - - )		
接 種 希 望 医 療 機 関 名			
住 所	<input type="checkbox"/> 滞在先と同じ 〒 電話 ( - - )		
理 由			
備 考			