

様式1

広域的な予防接種申出書

年 月 日

遠野市長 多田 一彦 様

申請者 住所

(保護者) 氏名

(自署又は記名押印)

被接種者との続柄 ()

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	高齢者の肺炎球菌感染症		
ふりがな		生年 月日	年 月 日
被接種者の氏名			
住 所	〒 電話 (- -)		
滞 在 先 (里帰り、入院中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	〒 電話 (- -)		
理 由			
備 考			