

令和 年 月 日

上ノ国町長 工 藤 昇 様

(申請者) 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

下記の理由により上ノ国町指定医療機関以外の医療機関で接種を希望しますので
予防接種依頼書の交付を申請します。

※被接種者欄は申請者と被接種者が同じ場合は生年月日のみご記入下さい。

被接種者	住 所	〒 檜山郡上ノ国町 電話番号
	氏 名	生年月日：大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
予 防 接 種 の 類	インフルエンザ(定期)	
委託医療機関で接種 できない理由	<input type="checkbox"/> 施設に入所中 (施設名) <input type="checkbox"/> 病院に入院中 <input type="checkbox"/> 病気治療等により、町外の医療機関に通院している <input type="checkbox"/> その他 ()	
接種医療機関名		

〒049-0698
檜山郡上ノ国町字大留96番地
上ノ国町役場保健福祉課健康支援グループ
電話番号：0139-55-4460