

年　月　日

木津川市長宛て

## 定期予防接種依頼書交付申請書

申請者 住 所  
 氏 名  
 電話番号

次のとおり定期予防接種を受けたいので、定期予防接種依頼書の交付をお願いします。

被接種者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏名			
	住 所			
定期予防接種の種類				
肺炎球菌感染症 (高齢者ができるものに限る。) 定期予防接種を希望する場合		過去に肺炎球菌感染症の予防接種を受けたことがありますか。 次のいずれかを○で囲んでください。  あ る      •      な い		
接種を希望する医療機関		名称：  住所：		
委託医療機関(市内指定医療機関等)で接種できない理由				