

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 （高齢者がかか 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				