

別記様式第1号（第5条関係）

令和 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	昭和 年 月 日
	氏名		
住 所	京都府木津川市		
定期予防接種の種類	肺炎球菌感染症		
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			