

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	大正 ・ 昭和
	氏 名			年 月 日
	住 所	京都府木津川市		
定期予防接種の 種類	新型コロナウイルス感染症 ・ インフルエンザ			
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				