別記様式第１号（第３条関係）

年　　月　　日

木津川市長　様

高齢者予防接種依頼書交付申請書

（申請者）住　　所

氏　　名　　㊞

電話番号

次のとおり予防接種を受けたいので、予防接種依頼書の交付をお願いします。

<table>
<tr><td rowspan="3">被接種者</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">予防接種の種類</td><td colspan="3">インフルエンザ　　・　　肺炎球菌感染症</td></tr>
<tr><td colspan="2">肺炎球菌感染症予防接種を希望する方へ</td><td colspan="3">過去に肺炎球菌感染症予防接種を受けたことがありますか。次のいずれかを〇で囲んでください。
あ　る　　な　い</td></tr>
<tr><td colspan="2">接種を希望する医療機関</td><td colspan="3">名称：
住所：</td></tr>
<tr><td colspan="2">市内指定医療機関で接種できない理由</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>