

様式第1号（第4関係）

予防接種実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

山田町長 佐藤 信逸 様

申請者

被接種者との続柄（ ）

受託外医療機関で予防接種を受けたいので、山田町定期予防接種（B類疾病）受託外医療機関接種費用助成事業実施要綱第4の規定により、申請します。

予防接種名	(あてはまる番号に○をつける) 1 インフルエンザ 2 肺炎球菌 3 新型コロナウイルス
被接種者氏名	
生年月日	大正・昭和 年 月 日生
住所	山田町
電話番号	TEL
滞在先 (町外に滞の方)	
接種医療機関	
依頼理由	(あてはまる番号に○をつける) 1 入院中のため 2 施設に入所中のため 3 主治医での接種を希望のため 4 その他