

予防接種依頼申請書

平川市季節性インフルエンザ予防接種費助成事業

年 月 日

平川市長 殿

住 所 平川市

申請者氏名

（自署記名はんこ不要）

電話番号

—

次のとおり予防接種を受けたいので申請します。

対 象 者	フリガナ 氏 名 生年月日 年 月 日
住 所	平川市
滞在先等の住所 ※必要時に記入	
実施医療機関名 及び所在地	
申 請 理 由	
依 頼 期 間 (接種予定日)	年 月 日から 年 月 日まで