

令和 年 月 日

舞鶴市長 様

住所 舞鶴市

氏名

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 願

下記の理由により、舞鶴市において実施される予防接種を受けることができません。ついで、下記滞在地において接種を受けたいので、滞在地にあてて予防接種依頼書を交付していただくようお願いします。

なお、滞在地で受ける予防接種の費用及び必要な諸検査料は、当方が負担します。

記

(ふりがな) 被接種者氏名	
生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日
現 住 所	〒 舞鶴市 (電話)
依頼の理由	
滞 在 地	〒 様方 (電話)
滞 在 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
希望する予防接種の種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ
	<input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
依頼書宛先 (宛先に☑をつけ、必要事項を記入してください)	<input type="checkbox"/> 市町村宛 市・町・村 長
	<input type="checkbox"/> 医療機関宛 接種医療機関名： 接種医療機関所在地： (電話) 接 種 医 師 名：