

# 予防接種依頼書交付申請書(B類)

NO.

(宛先) 伊勢崎市長

次の予防接種につきまして、貴市が公告した予防接種を行う場所以外での接種を希望するので、  
 予防接種依頼書の交付をお願いします。

年 月 日

申請者 (接種希望者)	フリガナ			生年月日	明治	年 月 日	大正	昭和
	氏名				年 月 日			
	住所	〒 ー 伊勢崎市 町 番地						
	電話番号	TEL ( )						
*入所中の 場合記入	施設名	(担当者 )						
	所在地	〒 ー						
	電話番号	TEL ( )						
希望予防接種	インフルエンザ 高齢者用肺炎球菌							
希望接種場所 (医療機関名等)				※所在地				
				※電話番号				
申請理由	かかりつけの病院・医院 (通院中・入院中・入所中) ・ 帰省 ・ 仕事の都合 その他 ( )							

※の部分はある範囲で記入してください

◆代理人が来庁した場合は、下記に来庁者の住所・氏名・電話番号・続柄をご記入ください。	
(住所)	(電話番号)
(氏名)	(申請者との続柄)