

様式第 2 号（第 1 1 条関係）

藤井寺市帯状疱疹ワクチン予防接種依頼書発行申請書

年 月 日

藤井寺市長 様

住所
申請者 氏名
電話
本人との関係

藤井寺市で実施する帯状疱疹ワクチン予防接種を受けることができないため、
予防接種依頼書の発行をお願いします。

記

被 接 種 者	氏 名	
	生年月日	年 月 日生（ 歳）
	住 所	藤井寺市
依 頼 先		（施設所在地）市区町村長
実施予定日		年 月 日
理 由		1．病院に入院中のため 2．施設に入所中のため 3．その他（ ）
滞在施設等名称 及び所在地		〒 電話
依頼書送付先		〒 （施設等に送付する場合、担当者名： ） 電話