

様式第2号（第11条関係）

## 五戸町带状疱疹ワクチン定期予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

五戸町長 様

申請者	住所	〒
	氏名	
	接種を受ける人との続柄	本人・その他（ ）
	電話番号 (連絡の取れる番号)	

実施医療機関で予防接種を受けることができないので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

接種を受ける人	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）
滞在先	施設名	
	住所	
	電話番号	
接種する医療機関名	医療機関名	
	住所	
	電話番号	
接種予定日	年 月 日	
依頼書送付先	1 申請者住所 2 接種を受ける者の住所 3 滞在先住所	
申請理由	1 入院・入所中 2 その他（ ）	