様式第３号（第 11 条関係）

五戸町帯状疱疹ワクチン定期予防接種実施依頼書交付申請書（施設用）

年　　月　　日

五戸町長　様

申請者	住　　所	〒
	施 設 名	
	施 設 長	印
	電話番号	

当施設に入所している接種希望者が、受託医療機関で予防接種を受けることができないので、本人の委任のもと、代理で予防接種実施依頼書の交付を申請します。

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
申請理由		1　入院・入所中　　2　その他（　　）

接種を受ける人	生年月日	年齢	住　　所
	明　大　昭 ．　．		五戸町
	明　大　昭 ．　．		五戸町
	明　大　昭 ．　．		五戸町
	明　大　昭 ．　．		五戸町
	明　大　昭 ．　．		五戸町
	明　大　昭 ．　．		五戸町