

様式第1号

広域的予防接種申込書

令和 年 月 日

稲美町長様

住所  
氏名 (続柄 )  
電話番号 ( ) -

予防接種法等に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

被接種者 (接種を受ける人)	住所	稲美町	
	氏名		男女
	生年月日	年 月 日生 (満 歳)	
受ける予防接種の種類	・高齢者用肺炎球菌 ・高齢者インフルエンザ		
接種を希望する 医療機関	所在地		
	医療機関名		
接種希望日	令和 年 月 日		
広域的予防接種を希望する理由			

決定にあたり世帯の課税状況を確認することに同意します。

被接種者 \_\_\_\_\_

\*個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。  
また、目的外の使用は禁止します。