

予防接種申込書

令和 年 月 日

たつの市長 様

(申請者)

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。

接種を受ける人	住 所				
	氏 名		男 女	生年 月日	年 月 日生 (満 歳 カ月)
受ける予防接種の種類	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				
予防接種を希望する理由					

《市記入欄》

・ 上記のことについて、下記の条件を付して承認します。  
令和 年 月 日から令和 年 月 日までの間に接種を受けてください。

・ 上記のことについて、承認しないこととします。  
(不承認の理由 )

令和 年 月 日

たつの市長 山 本 実  
(担当課 健康課)

\*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、目的外の使用はいたしません。