

坂井市予防接種実施依頼書発行申請書

申請日： 年 月 日

坂井市長 様

住 所 坂井市

申請者氏名

接種者との関係 ( )

電話番号 (日中連絡のとれる番号) :

下記の理由により予防接種依頼書の発行を申請します。

- 1 市(県)外の施設に入所
- 2 市(県)外の病院に入院
- 3 その他 ( )

太枠内を記入してください。

接種を受ける 人の氏名	(フリガナ)		
	生年月日	年 月 日	( 歳)
住所	〒 坂井市		
滞在先住所	〒 世帯主名 ( )		
予防接種の種類 ※今回申請するものに ○をつけてください。	インフルエンザ ・ 高齢者用肺炎球菌		
接種を受ける 医療機関	医療機関名		
	住 所		
	電話番号		

※記入後、坂井市健康増進課へ郵送またはご持参ください。

※接種時点で、坂井市に住所がない場合は公費対象にはなりません。

送付先：〒919-0592 福井県坂井市坂井町下新庄1-1  
坂井市役所健康増進課 予防接種係  
電話番号：0776-50-3067