

(様式第1号)

坂井市任意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) :

下記の理由により任意予防接種依頼書の発行を申請します。(当てはまる理由に○をつけて下さい。)

- 1 障害・疾病等により指定医療機関で予防接種を受けることが困難である
- 2 大人の風しん予防接種の接種を希望する
- 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 カ月)
住所	〒 坂井市	
予防接種の種類 ※今回申請するものに ○をつけてください。	流行性耳下腺炎	
	子どもインフルエンザ	1回目 2回目
	大人の風しん	
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助成対象にはなりません。

※助成期間外の接種は、助成対象になりません。

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