

予 防 接 種 申 出 書

次の医療機関で、予防接種法に基づく定期予防接種を受けたいので申し出ます。

被接種者名		(生年月日) 年 月 日生 (歳 月)
予防接種の種類	☐ インフルエンザ ☐ 肺炎球菌 ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 带状疱疹ワクチン (右のどちらかに ☒ をしてください) ☐ 生ワクチン(ビケン/1回接種) ☐ 組換えワクチン (シングリックス/2回接種)	
医療機関	医療機関名	
	住 所	
	主 治 医	
指定医療機関で 受けられない 理由		

年 月 日

保護者名
(申出者名)

住所

電話番号

高島市長