

能勢町带状疱疹予防接種依頼状交付願

年 月 日

能 勢 町 長 様

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 ☐ 本人 ☐ 同居の親族

☐ その他()

带状疱疹予防接種を
()都・道・府・県()市・町・村で受けたいので、
带状疱疹予防接種依頼状を交付いただきますようお願いいたします。

記

被接種者

ふりがな 氏 名	☐ 申請者 と同じ	
住 所	☐ 申請者 と同じ	
生年月日	年 月 日	
理 由	1. 施設入所中のため 施設名()	
	2. 入院中のため 医療機関名()	
	3. 町外滞在中のため 滞在先住所 _____ TEL _____	
	4. その他 _____ _____	