

年 月 日

島本町長 様

## 定期予防接種について（お願い）

標記について私は、次の理由により（ ）市・区・町・村）において接種を希望しますので、予防接種の依頼書をお願いします。

なお、接種費用が有料の場合は自己負担します。また、予防接種を受けるときは、体調を整えて受けます。

## 記

|                                       |                              |       |
|---------------------------------------|------------------------------|-------|
| ふりがな<br>氏 名                           |                              | 男 ・ 女 |
| 生 年 月 日                               | 年 月 日（ 歳）                    |       |
| 住 所<br>電 話 番 号                        | 〒618－<br>大阪府三島郡島本町<br>(TEL ) |       |
| 理 由                                   |                              |       |
| 予防接種の種類                               |                              |       |
| 滞 在 場 所<br>住 所<br>【施設名等】<br>電 話 番 号   | 〒<br>【<br>(TEL )             |       |
| 予防接種医療機関<br>住 所<br>【医療機関名】<br>電 話 番 号 | 〒<br>【<br>(TEL )             |       |

※申請者が代理人の場合は、必ず被接種者の同意を得てから記入してください。

|                |        |     |  |
|----------------|--------|-----|--|
| 代理人氏名          |        | 続 柄 |  |
| 住 所<br>電 話 番 号 | (TEL ) |     |  |

## 【提出先】

〒618-0022 大阪府三島郡島本町桜井三丁目4番1号

島本町ふれあいセンター すこやか推進課 電話：075-961-1122 FAX：075-961-1116