

新型コロナウイルス感染症・インフルエンザ・成人用肺炎球菌
・HPV(ヒトパピローマウイルス)キャッチアップ共通

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