

HPV(ヒトパピローマウイルス)キャッチアップ接種等経過措置対象者用共通

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