【RS ウイルス母子免疫ワクチン】・【風しん第５期】用共通

年　　月　　日

島本町長　様

申請者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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 【世帯主氏名】 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