

高齢者肺炎球菌感染症予防接種依頼申請書

平成 年 月 日

函館市長 様

(申請者)

函館市において実施する高齢者肺炎球菌感染症予防接種を受けることができませんので、(医療機関名) _____

へ予防接種を依頼くださるようお願いいたします。

被 接 種 者	住 所	函館市	電 話	
	ふりがな		生 年 月 日	
	氏 名		M・T・S	年 月 日生
接種予定日	平成 年 月 日 ※函館市が実施する期間は8月1日から3月31日までです。			
依頼理由				
滞在先住所				
連絡先			担当者名	