

定期B類予防接種依頼書交付申請書

年 月 日

福津市長 様

申請者 住 所

氏 名

㊞

（被接種者との続柄： ）

次のとおり予防接種を受けたいので、依頼書の発行を申請します。

被接種者氏名	フリガナ：（ ） 氏 名
生年月日 性 別	明・大・昭 年 月 日（ 歳） 男・女
自宅住所 電話番号	〒 811- 福津市 TEL（ - - ）
滞在地住所 電話番号	〒 〈 様方〉 TEL（ - - ）
希望医療機関名	〈 所在地： 市・町 〉 病院・医院 TEL
予防接種の種類	
依頼書送付先	自宅・滞在地・医療機関・その他（下記） 〒
申請理由	入院・入所・かかりつけ その他（ ）

【 提出先 】

〒811-3293

福岡県福津市中央1丁目1番1号

福津市新型コロナワクチン接種対策室 接種対策係 TEL 0940(43)8115 / FAX 0940(43)9005