

## 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：（ ）<br>氏 名                |
| 生年月日<br>性 別   | 明・大・昭 年 月 日（ 歳） 男・女            |
| 自宅住所<br>電話番号  | 〒 811-<br>福津市<br>TEL（ - - ）    |
| 滞在地住所<br>電話番号 | 〒<br>〈 様方〉<br>TEL（ - - ）       |
| 希望医療機関名       | 〈 所在地： 市・町 〉<br>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）<br>〒 |
| 申請理由          | 入院 ・ 入所 ・ かかりつけ<br>その他（ ）      |

## 【 提出先 】

〒811-3218

福岡県福津市手光南2丁目1番1号

福津市いきいき健康課健康づくり係 TEL 0940(43)8115 ／ FAX 0940(34)3335