

令和 年 月 日

南小国町長 高橋 周二 様

季節性インフルエンザ予防接種申請書

下記のとおり申請しますので、小国郷以外の医療機関での予防接種の許可をお願いします。

【申請者】

住 所：

氏 名：

(申請者からみて被接種者の関係：)

連絡先：

被接種者氏名	
被接種者生年月日	T · S 年 月 日
住 所	南小国町大字
予防接種の種類	季節性インフルエンザ予防接種
予防接種を受ける 医療機関名又は施設名	医療機関名： 住 所：
上記医療機関で 接種する理由	入院中 ・ 入所中 (施設名：) ・ かかりつけ医

① 広域化

② 広域外 / 県外

住 所	年 齢	生保の 有無	特例該当の 有無	問診票	依頼状