様式第２号（第１９条関係）

年　　月　　日

指定医療機関外予防接種依頼申請書

宛先　河内長野市長

申請者

住　　所

氏　　名

電話番号

　河内長野市帯状疱疹予防接種実施要領第１９条の規定により、下記のとおり依頼書の発行を申請いたします。

　なお、申請にあたりまして、申請内容について適正であるか調査されることに同意いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼先 |  |
| 予防接種名 | 帯状疱疹 |
| 被接種者 | 氏　　名 |  |  |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　年　　月　　日生（満　　　歳） |
| 住　　所 | 河内長野市 |
| 理由 |  |
| その他依頼するにあたり特記すべき事項 |  |