様式第１号（第５条関係）

栗山町高齢者帯状疱疹予防接種依頼書交付申請書

年　　　月　　　日

　栗山町長　　様

申請者住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

被接種者との続柄

電話番号

予防接種の目的及び賠償補償保険制度等について、十分理解した上で、下記の者に他の市町村で予防接種を受けさせたいので、栗山町高齢者帯状疱疹予防接種実施要綱第５条第１項の規定により予防接種依頼書の交付を申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 被接種者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日（　　　　歳） | | |
| 被接種者住所 | 電話 | | |
| 入（通）院（所）施設名（滞在先住所） | 電話 | | |
| 接種機関名 |  | | |
| 理由 |  | | |