様式第3号（第7条関係）

年　　月　　日

様

産　山　村　長　　㊞

**産山村帯状疱疹ワクチン定期予防接種依頼書**

　帯状疱疹ワクチン定期予防接種について、本村に住所を有する者が、都合により

　　　　　　　　　で予防接種を希望していますので、次のとおり実施してくださいますようお願いいたします。

万一、依頼した予防接種に起因する健康被害が生じた場合は、予防接種法に基づき本村が責任を持って救済の措置を講じます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日（満　　　歳） |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |
| 予防接種の種類 | 帯状疱疹ワクチン定期予防接種（定期接種対象者） | |
| 依頼理由 |  | |
| 連絡先（滞在先） | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 |  |
| 滞在期間 | 年　　月　　日　から　　　年　　月　　日 |
| 有効期限 | 年　　　月　　　日まで | |

□被接種者に対する接種料金等がある場合は、自己負担として被接種者から徴収してください。予防接種予診票（村提出用）は、被接種者にお渡しください。（助成制度対象者）