様式第2号（第7条関係）

**産山村帯状疱疹ワクチン定期予防接種依頼申請書**

年　　月　　日

（宛先）

産　山　村　長　　　様

申　請　者　住　所　阿蘇郡産山村大字

　　　　　　氏　名

　　　　　　連絡先

次のとおり標記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 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日（満　　　歳） |
| 申請理由 | 該当する番号に○をし、その理由を詳しくご記入ください  1　委託外医療機関に（通院中、入院中、かかりつけ）のため※  　　※（　　）内の該当するものに○印をつけてください  □　医療機関名  □　所　在　地  受診科目  主治医名  □　病　　　名  2　その他  　　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 |
| 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） | |

※この連絡先等の個人情報は、予防接種申請の為に記載をお願いするものです。