

申 請 書

令和 年 月 日

喜茂別町長 林 己人 様

申請者 (本人又は家族)
住 所

氏 名 印

定期予防接種を、以下の理由により、町の契約医療機関以外にて受けるため、喜茂別町からの依頼文の発行をお願いします。

記

1. 被 接 種 者 氏 名

(年 月 日生)

2. 予 防 接 種 の 種 類

帯状疱疹予防接種

3. 接 種 依 頼 機 関

病院名

所在地

院長名

4. 指定の医療機関で
実施できない理由

入院 (所) 中のため

その他 ()

受付印