受付番号　第　　号

予 防 接 種 依 頼 書 発 行 申 請 書

下記のとおり大分市で予防接種を受けることができませんので

○　○　○　（市・区・町・村）長宛予防接種依頼書の発行をお願いします。

令和　○　年　○　月　○　日

大分市長　　殿

申請者　住　所　大分市　○○○○○○

氏　名　　大分　太郎

記

被接種者名	大分　太郎	性　別	男　・　女
生年月日	明治・大正・昭和　○○　年　○○　月　○○　日	年　齢	○○　歳
住　　所	大分市　○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ TEL　（○○○）○○○－○○○		
滞 在 地	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ TEL　（○○○）○○○－○○○		
予防接種名	インフルエンザ　・　肺炎球菌　・　コロナワクチン　・　帯状疱疹		
理　　由	○○○○○○○○○		