

令和 年 月 日

舞鶴市長 様

住所 舞鶴市

氏名

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 願

下記の理由により、舞鶴市において実施される予防接種を受けることができません。
ついては、下記滞在地において接種を受けたいので、滞在地にあてて予防接種依頼書を
交付していただくようお願いします。
なお、滞在地で受ける予防接種の費用及び必要な諸検査料は、当方が負担します。

記

(ふりがな) 被接種者氏名	
生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日
現 住 所	〒 舞鶴市 (電話)
依頼の理由	
滞 在 地	〒 様方 (電話)
滞 在 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日
希望する予防接種の種類	☐ インフルエンザ ☐ 高齢者用肺炎球菌 ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 带状疱疹
依頼書宛先 (宛先に☑をつけ、必要事項を記入してください)	☐ 市町村宛 市・町・村 長 ☐ 医療機関宛 接種医療機関名： 接種医療機関所在地： (電話) 接 種 医 師 名：