様式第２号（Ｂ類疾病用）

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
	□高齢者用帯状疱疹
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：