

武雄市長 様

(注) 本人が自署(手書き)する場合は押印不要。
(本人が自署しない場合は押印が必要)

記

1	接種希望者	住 所	武雄市
		ふりがな 氏 名	
		生年月日	年 月 日
2	申請理由 (該当する項目に☑をつけてください。)		☐ 依頼先にある施設に入所中のため ☐ 依頼先にある医療機関に入院、通院中のため ☐ その他 ()
3	希望する予防接種 (該当する項目に☑をつけてください。)		☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス ☐ 帯状疱疹ワクチン
4	滞 在 先	住 所	〒
		世帯主名 電話番号	
5	予 防 接 種 実施予定機関	実施機関名	
		所 在 地	〒