

県内 ・ 県外

令和7年度釜石市高齢者带状疱疹予防接種（広域）実施依頼申請書

令和 年 月 日

釜石市長 宛て

申請者 住所

氏名

接種者との続柄 ()

(電話番号)

予防接種法に基づき釜石市が実施する高齢者帯状疱疹予防接種を受けたいことから、下記により予防接種受診票(受診券)を発行してくださるよう申請します。

予防接種名	令和 7 年度釜石市高齢者带状疱疹予防接種（広域）		
被接種者	住所	釜石市	
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	大正・昭和	年 月 日
	電話番号		
入院・入所先名称			
入院・入所先住所	〒		
接種依頼先 医療機関名			
接種依頼先 住所・電話番号	〒 電話番号		
理 由			
書類送付先	<input type="checkbox"/> 滞在先住所（入院・入所先等） 宛名（ ） <input type="checkbox"/> その他 〒		