

令和 年 月 日

高齢者インフルエンザ予防接種依頼申請書

松原市長様

住所
申請者 氏名
TEL — — 続柄 ()

下記の者について予防接種の依頼を申請します。

接種者	住所	大阪府松原市
	氏名	(男・女)
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)
連絡先		電話 — —
接種予定日		令和 年 月 日
接種場所		
理由		(1) 介護老人保健施設入所中のため (2) 特別養護老人ホーム入所中のため (3) 入院中のため (4) その他 (

*問合せ先 〒580-8501 大阪府松原市阿保1丁目1番1号
松原市健康部地域保健課
TEL 072-337-3125
FAX 072-337-3052