

様式第1号(第6条関係)

小山町肺炎球菌予防接種申請書

年 月 日

小 山 町 長 様

住 所 _____
申請者 氏 名 _____
電話番号 _____

肺炎球菌予防接種を受けたいので、次のとおり申請します。

予 防 接 種 希 望 者	住 所			
	ふりがな		電話番号	
	氏 名			性 別
	生年月日	年 月 日(満 歳)		
接 種 希 望 医 療 機 関 名				
1 か 月 以 内 の 予 防 接 種 状 況	無 ・ 有	予防接種名 () 予防接種日 年 月 日 接種医療機関名 ()		
肺 炎 球 菌 予 防 接 種 状 況	無 ・ 有	予防接種日 年 月 日		
脾 臓 摘 出 手 術	無 ・ 有	摘出手術日 年 月 日		
健 康 手 帳	無 ・ 有			

以下は記入しないでください。

町記入欄		
予 防 接 種 予 診 票 交 付 の 可 否	可 ・ 否	