

令和 2 年度 インフルエンザ ワクチン 接種 実施 依頼 申込 書
 (令和 2 年 1 0 月 5 日 ~ 令和 3 年 1 月 3 1 日 までの接種に限ります。)

F A X 0 1 7 5 - 2 2 - 5 0 4 4

申 込 日	令和 年 月 日
予 防 接 種 名	インフルエンザ ワクチン
接 種 を 受 け る 人 の 氏 名	フリガナ
	男 ・ 女
生 年 月 日 (年 齢)	(大 ・ 昭) 年 月 日 (歳)
住 民 票 の 住 所 ※住民登録上の住所を記載 してください。	〒 ー むつ市 TEL :
理 由	①長期滞在 ②主治医のもと ③その他 ()
滞 在 先	〒 様方 TEL :
実 施 医 療 機 関 名 ・ 住 所 ※必ずご記入ください	医療機関名 _____ 住所 : 〒 TEL :
書 類 の 送 付 先	〒 様方 TEL :

※枠内をきれいに記入後、むつ市予防・医療課あて（下記）まで FAX または郵送してください。
 到着後、約 1 週間程度で依頼書等を郵送いたします。
 ※医療機関によっては実施できない場合がありますので、あらかじめ御了知ください。

むつ市役所 予防・医療課あて FAX 0 1 7 5 - 2 2 - 5 0 4 4
 〒 0 3 5 - 8 6 8 6 むつ市中央一丁目 8 番 1 号 むつ市役所 予防・医療課