

インフルエンザ予防接種依頼書交付申請書		
えりも町長 様	令和 年 月 日	
住所 えりも町字		
申請者 氏 名 ㊟		
電 話 ー		
(世帯主名)		
インフルエンザ予防接種を指定医療機関外で接種するため、次のとおり申請します。		
接種者	住所	えりも町字
	氏名	
	生年月日	
接種医療機関	名称	
	住所	
申請理由		

次のとおり決定してよいか伺います。	町 長	副町長	課 長	課長補佐	係 長	係
令和 年 月 日						
<input type="checkbox"/> 受理 <input type="checkbox"/> 不受理						