高齢者等インフルエンザ予防接種依頼申請書

令和　　年　　月　　日

函館市長　様

（申請者）

函館市において実施する高齢者等インフルエンザ予防接種を受けることができませんので，

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　へ予防接種を依頼くださるようお願いいたします。

被接種者	住 所	函館市	電 話	
	ふりがな		生 年 月 日	
	氏 名		T・S　　年　　月　　日生	
接種予定日	令和　　年　　月　　日 ※函館市が実施する期間は10月1日から12月31日までです。			
依 頼 理 由				
滞在先住所				
連　絡　先		担当者名		