

インフルエンザ予防接種依頼書発行申請書

年 月 日

石狩市長 様

申請者 住 所
病院・施設名
代表者名

下記の入院患者（入所者）につきまして、石狩市の委託医療機関において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、当病院（施設）において接種を希望されていることから予防接種依頼書の発行を申請します。

氏 名	性別	生年月日	年齢	住 所

【接種予定日】 年 月 日

【接種医療機関先】

〒
住 所：
医療機関名：
電 話：
F A X：
医師名：

【郵送先】

〒
住 所：
電 話：
担当者：