

带状疱疹予防接種申込書

令和 年 月 日

那須烏山市長 あて

申請者 住所：

氏名：

対象者との関係（続柄）：

電話：

带状疱疹ワクチンの予防接種を受けたいので、那須烏山市带状疱疹ワクチン予防接種実施要綱第 6 条の規定に基づき、次のとおり申し込みます。

接種区分	☐ 1. 本市に住所を有し、接種日において満 5 0 歳以上ですか	
予防接種を受ける者 (対象者) ※申請者と対象者が同じ場合は、住所の記載は不要	住 所	那須烏山市
	ふりがな 氏 名	
	生年月日 (申込日現在年齢)	大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)
接種希望 医療機関		
接種希望日	年 月 日	
生活保護	受給中 ・ 受給していない	