

令和 年 月 日

隠岐の島町長 あて

【申請者】 住 所 〒

ふりがな
氏名 _____

日中連絡可能
な電話番号  — 

被接種者
との関係

本人・家族（続柄：_____）

その他（_____）

予防接種予診票郵送申込書

□に✓を入れ、必要事項を記載してください

必要な 予診票	☒ 高齢者带状疱疹予防接種 ☐ 生ワクチン用 ☐ 組換えワクチン用		
被接種者 氏名	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者とは異なり下記のとおり ふりがな 氏名 _____	生年 月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日
被接種者 住民登録 の住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者とは異なり下記のとおり 住所 <u>隠岐の島町</u>		
被接種者 現在居住 の住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者とは異なり下記のとおり 住所 _____		

※申込書とともに返信用封筒（郵便番号・住所・宛名を記載の上、110円切手を貼付したもの）を同封の上、郵便にてお申込みください。