

# インフルエンザ予防接種予診票発行申請書 (No.        )

記載対象者：入院入所されている対象者（昭和34年1月15日以前に生まれた方が対象です）

※記載は生年月日順にお願いします。

No.	住 所	氏 名	生年月日	備考
1			明・大・昭	
2			明・大・昭	
3			明・大・昭	
4			明・大・昭	
5			明・大・昭	
6			明・大・昭	
7			明・大・昭	
8			明・大・昭	
9			明・大・昭	
10			明・大・昭	
11			明・大・昭	
12			明・大・昭	
13			明・大・昭	
14			明・大・昭	
15			明・大・昭	
16			明・大・昭	
17			明・大・昭	
18			明・大・昭	
19			明・大・昭	
20			明・大・昭	
21			明・大・昭	
22			明・大・昭	
23			明・大・昭	
24			明・大・昭	
25			明・大・昭	

以上                      名、本人の接種意思を確認しましたので、予診票・通知書を送付して下さい。

\_\_\_\_\_ 殿

年            月            日

施設・医療機関住所

施設・医療機関名

代表者・職氏名

電話番号

接種医療機関名

接種医師名