

令和 年 月 日

# 高齢者インフルエンザ予防接種依頼申請書

京丹後市長 様

申請者

住所

氏 名

(被接種者との続柄: )

電話番号

下記のとおり、高齢者インフルエンザ予防接種を京都府広域予防接種協力医療機関以外で接種したいので、当該医療機関への接種依頼について申請します。

[illegible]