

年 月 日

带状疱疹予防接種（60 歳以上 65 歳未満）申請書

湖 南 市 長 あて

（申請者）住所 〒

氏名
電話番号
被接種者との続柄

带状疱疹予防接種を希望しますので、身体障害者手帳等の写しを添えて、下記のとおり委任状の発行を申請します。

記

被接種者	住 所	滋賀県湖南市
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
申 請 理 由		接種日において 60 歳以上 65 歳未満で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害を有するため
委 任 期 間		年 月 日まで
接 種 場 所		

この申請に関して医療機関等への照会を行うこと、申請者の住所等に関する公簿を閲覧することについて同意します。

氏名 _____