

様式第 1 号

带状疱疹予防接種申込書

年 月 日

太子町長 沖汐 守彦 様

住 所 太子町
氏 名 (続柄)
電話番号 () —

带状疱疹予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

接種を受ける人	住 所	太子町				
	氏 名		男 女	生年 月 日	年 月 日生 (満 歳 カ月)	
受ける予防接種 の種類	乾燥弱毒生水痘ワクチン・乾燥組換え带状疱疹ワクチン					
接種を希望する 医療機関	所在地					
	医療機 関 名					
接種希望日	令和 年 月 日					

過去に、带状疱疹予防接種を受けていますか はい ・ いいえ

令和 6 年度に带状疱疹予防接種の費用助成を受けていますか はい ・ いいえ

*個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。
また、目的外の使用はしません。