

処理者

高齢者肺炎球菌予防接種依頼券再発行申請書

高齢者肺炎球菌予防接種依頼券の再発行を申請します。

白浜町長 様

年 月 日

対象者名： _____

生年月日： 昭和・大正・明治 年 月 日

申請者 住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ (印)

(対象者との続柄)