

処理欄

# 予防接種依頼券再発行申請書

※再発行を希望するものに☑してください。

- インフルエンザ予防接種
- 高齢者肺炎球菌予防接種
- 新型コロナウイルス予防接種

白浜町長 様

下記の者について、上記予防接種依頼券の再発行を申請します。

年 月 日

接種者名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

**【申請者】**

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

接種者との続柄 ( \_\_\_\_\_ )