

予防接種事前申請書

（男性のHPVワクチン接種費助成事業）

令和 年 月 日

平川市長 殿

住 所 平川市

申請者氏名

（自署記名押印不要）

電話番号 ー

次のとおり予防接種を受けたいので申請します。

対象者	フリカ、ナ 氏 名 生年月日 平成 年 月 日	
住 所	平川市	
依頼期間 （接種予定日）	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	
接種の概要および健康被害が生じた場合の救済制度の説明	説明を聞いた方	（氏名）
		（氏名）
		（氏名）