

佐世保市子どものインフルエンザ予防接種申請書

注 射

(季節性インフルエンザ予防接種)

佐世保市長 様

令和 年 月 日

住 所	佐世保市		電話番号	
氏 名	(男・女)	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 ヶ月)	
保護者名		回 数	1回目 ・ 2回目	

接種実施医療機関名