

沼津市肺炎球菌予防接種申請書

年 月 日

（あて先）沼津市長

肺炎球菌予防接種を受けたいので、次のとおり申請します。

予防接種希望者	(ふりがな) 氏 名	印		性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)			
	住 所	沼津市	電話番号		
	備 考				

確 認 欄		
1ヶ月以内の予防接種状況	無・有	予防接種名 () 予防接種日 年 月 日 接種医療機関名 ()
肺炎球菌予防接種状況	無・有	予防接種日 年 月 日
脾臓摘出手術	無・有	摘出手術日 年 月 日
その他（特記事項）	無・有	
予防接種券交付の可否	可・否	否の理由 ()