

予防接種申請書

(男子の HPV ワクチン接種助成事業)

令和 年 月 日

桐生市長 様

住 所 桐生市

申請者氏名

電話番号

接種の概要および健康被害が生じた場合の救済制度を理解したうえで、次のとおり接種を希望します。

対象者	フリガナ 氏 名 生年月日 平成 年 月 日
住 所	(上記申請者住所と違う場合は記入してください) 桐生市
接種予定 医療機関	