

記入日：西暦 年 月 日

2021 年度 小児かかりつけインフルエンザワクチン申込表

かかりつけ登録児①氏名： _____

かかりつけ登録児②氏名： _____

※3人以上登録児がいる場合は、上記に詰めて記入下さい。

※ご家族の方は同居している方のみとなります。

※接種の前日までに予めご提出ください。

| 同居家族氏名 | 年齢 |
|--------|----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |