

第1号様式（第6条関係）

## 吉野町子宮頸がん予防ワクチン接種申請書

年 月 日

吉野町長 様

住 所 吉野町 \_\_\_\_\_

保護者自署 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

上記予防接種を受けることを希望し、申請いたします。

記

被接種者氏名 \_\_\_\_\_

生 年 月 日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_

接種医療機関 \_\_\_\_\_