

ワ ク チ ン 注 文 票

No	ワクチン名	回数 (何回目)	納入本数	接種予定日	対象者氏名	生年月日	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

※ 市からワクチン業者への注文日は、**火曜及び木曜**の
 週2回です。
 ワクチンの納品まで、最短で約1週間かかります。
 早期納入を希望の場合は、お電話でお問合せください。

※ 肺炎球菌ワクチンについては、15価・20価どちらの
ワクチンか記載してください。

医療機関名

連絡先

担当者氏名