年　　月　　日

肺炎球菌予防接種内訳表（　　月分）

堺 市 長　様

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当課＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

番号	年齢	○を記載	
		無料	定期 ・ 任意
	歳		定期 ・ 任意
	歳		定期 ・ 任意
	歳