

赤の太枠の中をご記入ください
予防接種依頼書交付申請書（高齢者用）

須 恵 町 長 殿

代理申請できます

令和 年 月 日

申請者 ふりがな
氏 名
住 所 須恵町大字
電話番号
被接種者との続柄

下記のとおり予防接種を希望しますので、予防接種依頼書の交付を申請します。

記

被接種者	ふりがな			性別	男 ・ 女
	氏 名	同 上			
	生年月日	大正 昭和	年 月 日 (歳)		
	住 所	・ 申請者と同じ		電話番号	() —
代理署名者 (被接種者が自署 できない場合)	氏 名	代理の場合のみ記入		続柄	
	住 所	・ 申請者と同じ		電話番号	() —
予防接種 (希望するワクチン に○を記入)	種 類	高齢者インフルエンザ ・ 高齢者用肺炎球菌			
	接種予定日	令和 年 月 日			
	接 種 医				
医療機関	名 称				
	住 所			電話番号	() —
依頼理由	1. 医療機関や施設に入院又は入所しているため。 2. 須恵町以外の市区町村に長期滞在中のため。 3. 病気の主治医等による接種を希望するため。 4. その他 ()				
依頼書送付先	1. 依頼先医療機関 2. 被接種者住所 3. 滞在先住所 ()				

注) B類疾病(インフルエンザ・肺炎球菌)の定期接種は、接種を受ける法律上の義務はなく、被接種者の意思で接種を希望する者のみに接種を行うものです。

役場処理欄

受付印