

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書 （ 高 齢 者 用 ）

令和 年 月 日

須 恵 町 長 殿

申請者
(代理申請)

ふりがな
氏 名

住 所

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				
	生年月日	大正 昭和	年 月 日 (歳)		
	住 所	・ 申請者と同じ		電話番号	() —
予防接種	種 類	高齢者新型コロナワクチン			
	接種予定日	令和 年 月 日			
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・新型コロナ・带状疱疹)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。					受付印
			依頼申請方法		
			電話	来庁	