

# 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	ふりがな 氏 名	印
	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			
	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 <small>(被接種者が自署できない場合)</small>	氏 名	私が本人の接種希望の意思を確認しました。 (署名)	続柄	
	住 所	・ 申請者と同じ	電話番号	( ) —
予防接種 <small>(希望するワクチンに○を記入)</small>	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。

受付印