

(様式第1号) ※太枠の中を記入してください。

予防接種実施依頼書交付申請書(高齢者用)

吉野川市長様

令和 年 月 日

申請者

住所:

氏名:

被接種者との続柄:

次の予防接種を県外の自治体または医療機関で受けたいので、実施依頼書の交付を申請します。

ふりがな				男	生年	明治	年	月	日生
被接種者氏名				女	年月日	大正			
						昭和			(歳)
	(該当する年号に○をつけてください)								
住民票の住所	(〒 —) ※番地、アパート・マンション名、号室等も記入してください。								
依頼する 予防接種名	インフルエンザ ・ 新型コロナウイルス感染症 ・ 高齢者用肺炎球菌 ・ 带状疱疹								
予防接種の 依頼期間									
申請理由									
滞在先の住所	(〒 —) ※番地、アパート・マンション・施設名、号室等も記入してください。								
日中連絡が とれる電話番号					滞在先の 電話番号				
接種を受ける 医療機関名 住所・連絡先	医療機関名								
	住 所	(〒 —)							
	電話番号								
依頼書の宛先 (どちらかに○をつけてください)	市区町村長あて ・ 接種を受ける医療機関長あて ※予防接種を希望する市区町村または医療機関に必ず確認してください。								
依頼書 送付先住所 (○または記入してください)	住民票の住所 ・ 滞在先の住所 ・ その他(記入してください)								
	(〒 —) (電話番号 — —)								

申請書受付	令和 年 月 日	依頼書発行	令和 年 月 日
	受付者		担当者