

予 防 接 種 申 請 書

令和 年 月 日

太 田 市 長 様

(子どもの場合は保護者が申請者です)

申請者住所 太田市

申請者氏名

連絡先 (TEL)

被接種者と異なる場合 (続柄)

次の予防接種を下記の医療機関で受けられるよう、予防接種依頼書の発行をお願いいたします。

ふりがな 被接種者氏名		性 別	男 ・ 女
住 所	太田市		
電 話 番 号	()		
生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日生 (歳 か月)		
予 防 接 種 名	インフルエンザ	65 歳以上・ハイリスク・障がい	
	高齢者肺炎球菌	定期年齢・ハイリスク	
依 頼 理 由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医のため <input type="checkbox"/> 里帰り中のため <input type="checkbox"/> 入所中または入院中のため <input type="checkbox"/> その他 ()		

記

- 1 依頼先 (接種場所：個別の場合は医療機関・集団の場合は市町村)
郵便番号
住 所
電話番号
依頼先名
代表者名又は医師名
- 2 滞在先
郵便番号
住 所
電話番号
滞在先名