

高齢者用定期予防接種依頼書発行申請書

令和〇年〇月〇日

みよし市長様

申請者

住所 みよし市〇〇町〇〇×番地

氏名 三好 花子  
(本人との関係 本人 )

電話 XXXX-XX-XXXX

下記のとおり、定期予防接種を受けたいので申請します。

記

1 予防接種の種類・回数

高齢者用肺炎球菌ワクチン

2 被接種者

(フリガナ)

氏名 三好 花子

住所 みよし市〇〇町〇〇×番地

生年月日 昭和〇年〇月〇日生 性別 男・女

3 申請理由

該当の番号に〇、または理由を記入

(1) 長期入院中のため

(2) 長期入所中のため

(3) その他 ( )

4 接種依頼医療機関・施設

医療機関名・施設名 〇〇病院 電話番号 XXXX-XX-XXXX

〒XXXX-XXXX

所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 ××番×号

5 滞在先

滞在先

医療機関名・施設名・世帯主名 〇〇 〇〇 電話番号 XXXX-XX-XXXX

〒XXXX-XXXX

住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 ××番×号

滞在予定期間

〇年〇月〇日から 未定 年 月 日まで