

定期予防接種依頼申請書

接種希望者	ふりがな 氏名	
	住所	〒048-06 _____ 島牧郡島牧村字 _____ 番地
	電話番号	
	生年月日	大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
世帯主氏名		
申請理由	※ 該当項目に○を入れてください。 1 ( ) 島牧診療所以外のかかりつけ医療機関で、予防接種を受けるため 2 ( ) 入院中につき、入院先医療機関で予防接種を受けるため 3 ( ) 施設等に入所しているため 4 ( ) その他(理由 _____ )	
滞在先住所 (連絡先)	※ 申請理由2及び3の時は、記入すること。 〒 _____	
	電話番号	
	世帯主名	
予防接種の種類 (接種希望項目に○を記入してください。) インフルエンザとコロナの両方を接種する方は2か所に○を記入してください	65歳以上の者(高齢者) ( ) 【1回目】季節性インフルエンザワクチン ( ) 【2回目】季節性インフルエンザワクチン ( ) 新型コロナウイルスワクチン(期間中1回のみ) 60歳以上65歳未満の厚生労働省令で定める障がい者を有する者 ( ) 【1回目】季節性インフルエンザワクチン ( ) 【2回目】季節性インフルエンザワクチン ( ) 新型コロナウイルスワクチン(期間中1回のみ)	
接種予定 医療機関	医療機関名	
	医療機関住所	〒 _____
依頼書送付先	※ 希望項目に○を入れてください。 ( ) 現住所へ送付 ( ) 滞在先へ送付 あて名( _____ ) ( ) その他(住所: _____ )	
上記により予防接種依頼書の交付について申請します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 島牧村長 様 申請者氏名 _____ 代筆者氏名 _____ (関係)		