

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) () 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 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 () 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		
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)			