

予防接種依頼書発行申請書（高齢者用）

矢 掛 町 長

このことについて、次のとおり申し込みます。

申込者氏名		続柄	
申込者住所		申込者連絡先	() ー
ふりがな 接種者氏名		生年月日	大正・昭和 年 月 日 生 (歳)
住 所	〒 ー 小田郡矢掛町		
電話番号			
予防接種	(該当する予防接種の□に✓をつけてください) ☐ インフルエンザ予防接種 ☐ 新型コロナウイルス感染症予防接種 ☐ 肺炎球菌予防接種 ☐ 带状疱疹予防接種		
滞在先住所	〒 ー (アパート・マンション名) (滞在先様方名等)		
滞在先電話番号			
接種医療機関名			
医療機関住所			
医療機関連絡先			
接種予定日			
滞在（依頼）の 理由 (□チェック)	☐ 入院中のため（入院期間： 月 日～ 月 日） ☐ 入所中のため ☐ かかりつけ医のため ☐ その他 ()		