令和　　年　　月　　日

予防接種依頼書発行申込書（成人・高齢者用）

矢　掛　町　長

（申請者）

住所

氏名

被接種者との続柄

電話番号

このことについて、次のとおり申し込みます。

ふりがな 被接種者名	㊞		
生年月日	Ｔ　・　Ｓ　・　Ｈ　　年　　月　　日		
住　　所	〒　７１４－　　小田郡矢掛町		
電話番号		携　帯	
予防接種	（該当する予防接種の□に✔をつけてください） □高齢者肺炎球菌 □高齢者帯状疱疹　□生ワクチン（乾燥弱毒性水痘ワクチン） □高齢者帯状疱疹　□組換えワクチン（乾燥組換え帯状疱疹ワクチン）１回目 □組換えワクチン（乾燥組換え帯状疱疹ワクチン）２回目 □高齢者インフルエンザ □高齢者新型コロナ □ＲＳウイルス感染症（母子免疫ワクチン） 接種日は２８週０日から３６週６日に限る ※ＲＳウイルス感染症（母子免疫ワクチン）は、広島県福山市以外の医療機関で接種する場合、申込みを行ってください。		
滞在先住所	〒　　－ （アパート・マンション名）		
滞在先電話番号			
接種場所 （医療機関名）	〒　　－		
接種予定日			
依頼先市町村名			
滞在（依頼）の理由	□長期滞在　□入院中・入所中 □その他（　　）		

町使用欄

●依頼書送付先（該当するものに○をする）

滞在先　　矢掛の住所地

予防接種予定の医療機関（住所記入）　〒