

法定予防接種申請書

御前崎市長 下村 勝 様

下記の理由により、予防接種を実施したいので申請します。

被接種者	住所	御前崎市		電話番号	— —
	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名			性別	男 ・ 女
接種を希望するワクチン (○をつける)	インフルエンザ	接種(予定・希望)日	令和 年 月 日		
		接種時の年齢(月齢)	歳 ヶ月		
	高齢者肺炎球菌	接種(予定・希望)日	令和 年 月 日		
		接種時の年齢(月齢)	歳 ヶ月		
	新型コロナウイルス感染症	接種(予定・希望)日	令和 年 月 日		
		接種時の年齢(月齢)	歳 ヶ月		
理由	かかりつけ医 入院中 入所中 その他()				
実施希望 医療機関名					
医療機関所在地 住所	〒		電話番号	— —	

令和 年 月 日

申請者(被接種者) 住 所 : 御前崎市

氏 名 :

(代筆者・続柄):

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)

相互乗り入れ申請用

法定予防接種申請書

みほん

内を記入してください

御前崎市長 下村 勝 様

下記の理由により、予防接種を実施したいので申請します。

被接種者	住所	御前崎市池新田5585		電話番号	0537 - 85 - 1123
	フリガナ	オマエザキ タロウ		生年月日	S29年 4月 2日
	氏名	御前崎 太郎		性別	男・女
接種を希望するワクチン (○をつける)	○	インフルエンザ	接種(予定・希望)日	令和 ●年 10月 25日	
			接種時の年齢(月齢)	65歳 6ヶ月	
	○	高齢者肺炎球菌	接種(予定・希望)日	令和 ▲年 11月 22日	
			接種時の年齢(月齢)	65歳 7ヶ月	
	○	新型コロナウイルス感染症	接種(予定・希望)日	令和 ▲年 12月 20日	
			接種時の年齢(月齢)	65歳 8ヶ月	
理由 該当項目に○	かかりつけ医 入院中 入所中 その他(勤務先で接種) 希望する病院で予防接種をしたい理由を記入して下さい。				
実施希望 医療機関名	○△×病院				
医療機関所在地 住所	〒400-××△△ 静岡県○×市△△ 1234-5		電話番号	050-△△△-〇〇〇〇	

令和 ●年 ●月 ●日

申請者(被接種者) 住所 : 御前崎市池新田5585

氏名 : 御前崎 太郎

(代筆者・続柄):

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)