

高齢者予防接種依頼書申請書

年 月 日

大津市長 様

大津市で実施の予防接種が下記の事情で受けられませんので、他市町村への依頼書の交付を申請します。

申請者 住所
氏名 (接種を受けようとする者との続柄) 印
電話番号

接種を受けようとする者の住所・氏名・生年月日	住所 大津市 氏名 明治・大正・昭和 年 月 日生
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌
予防接種を受けようとする市町村と接種予定日・予定医療機関名・住所	市町村名：
	接種予定日：令和 年 月 日
	医療機関名・住所：
現在滞在している住所と電話番号	※申請者と異なる場合はご記入ください。 〒 電話番号
依頼書の送付先	申請者の住所 ・ 滞在先の住所 (様方)
本市で予防接種が受けられない理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医院での接種希望のため <input type="checkbox"/> 滞在地で接種するため <input type="checkbox"/> 医療機関（施設）に入院（入所）中のため <input type="checkbox"/> その他（)