

## 予防接種実施依頼書発行申請書

年 月 日

(宛先)湖西市長

申請者

住 所

氏 名



(署名又は記名押印)

続 柄

電話番号

次のとおり予防接種実施依頼書の発行を希望します。

住 所	湖西市	生年月日	
フリガナ		性別	男・女
接種希望者名			
接種希望病院	病院名	電話 番号	
	住 所		
希望する予防接種 ( <input type="checkbox"/> をつけてください)	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌ワクチン <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザワクチン		
予防接種の予約	有 ( 年 月 日 ) ・ 無		
上記医療機関で 接種を希望する理由	<input type="checkbox"/> 入所 (施設名: ) <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他( )		

—以下、市記入欄—

対象確認(肺炎球菌 S32/S27/S22/S17/S12/S7/S2/T11 年度生該当、インフル接種時 65 歳(S32 年生)以上 or S32.4.2~S37.4.1)

肺炎球菌は過去未接種

生活保護(無・有)

依頼書郵送先(申請者・本人・施設・病院)→連絡(済)

→施設名

住所〒

電話

相互乗入(有・無) / 契約(未・済) / 口座登録(有・無)

発券番号 No. \_\_\_\_\_