

予防接種実施依頼書発行申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(宛先)湖西市長

施設名、施設長をご記入ください。

申請者 住所 湖西市吉

ご署名いただければ押印の必要はありません。ゴム印等の場合は押印をお願いします。

氏名 施設名 施設長名

印 (署名又は記名押印)

続柄 施設長

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 同上	生年月日	S33.4.2
フリガナ	コサイ タロウ	性別	男・女
接種希望者名	湖西 太郎		
接種希望病院	病院名	病院電話番号	○○-○○○○
	住所		
希望する予防接種 (☐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"/> 带状疱疹ワクチン(生ワクチン・1回接種) <input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン(組換えワクチン)		
生活保護受給の有無	有・無	有の場合は、生活保護受給証明書(市町村の生活保護担当課で申請)を併せてご提出ください。	
予防接種の予約	有 (令和 ○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()		

該当するものにレ点をつけてください。

以下、市記入欄

市記入欄

新されている