

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 (肺炎球菌接種時 65 歳、インフル接種時 65 歳 (S34 年生) 以上 or S34.4.2~S39.4.1)

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. _____