

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

このことについて、下記のように予防接種を受けたいので、関係医療機関あてに
予防接種依頼書を交付していただきたく、申請いたします。

記

予 防 接 種 名 ※該当の予防接種欄に○をつけてください。 ※複数申請可。 但し、同年度内に接種できるものに限りです。 ※带状疱疹（不活化）は、回数にも○をつけてください。	高齢者肺炎球菌 (接種期間 4 月～3 月)		
	带状疱疹	生	(〃 4 月～3 月)
		不活化（1 回目・2 回目）	
	高齢者インフルエンザ (〃 10 月～2 月)		
新型コロナウイルス感染症 (〃 10 月～2 月)			
医 療 機 関 名			
医 療 機 関 の 住 所			
ふ り が な			
被 接 種 者 氏 名	(男 ・ 女)		
被 接 種 者 生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)		
被 接 種 者 住 所	〒		
被 接 種 者 連 絡 先	☎		
実 施 日	1. 令和 年 月 日 2. 未定		
理 由	1. かかりつけのため 2. 施設入所のため（施設名： ） （施設の所在地： ） 3. その他（ ）		

令和 年 月 日

(宛先) 富 士 市 長

申 請 者	
※被接種者以外の方が申請する場合のみご記入ください。	
住 所	〒
氏 名	(被接種者との続柄：)
連 絡 先	☎