

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<br><br><small>※該当の予防接種欄に○をつけてください。<br/>※複数申請可。<br/>但し、同年度内に接種できるものに限りませう。<br/>※帯状疱疹（不活化）は、回数にも○をつけてください。</small> | 高齢者肺炎球菌 (接種期間 4月~3月)  |               |
|  | 帯状疱疹  | 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<br>2. 施設入所のため (施設名: )<br>(施設の所在地: )<br>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                      | ☎            |