

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 ※該当の予防接種の欄に ○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 (接種期間 4 月～3 月)
		高齢者インフルエンザ (接種期間 10 月～2 月)
		新型コロナウイルス感染症 (接種期間 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	☎