

高齢者予防接種実施依頼書交付申請書

高知市長様

申請日	年 月 日
-----	-------

下記の理由により、定期予防接種について依頼書の交付を申請します。

申請者	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所			
	電話番号	()	—	

対象者 (接種希望者)	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) 西暦()
	住所	高知市
	電話番号	() —

滞在先住所 (入院・入所先)	住所	〒(—)
	名称	
	電話番号	() —

接種場所 (医療機関)	住所	
	名称	
	電話番号	() —

依頼する予防接種の種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 (<input type="checkbox"/> 過去に肺炎球菌ワクチンを接種したことがない) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (<input type="checkbox"/> 過去に帯状疱疹ワクチンを接種したことがない)
-------------	---

接種依頼の理由	<input type="checkbox"/> 長期入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> その他()
---------	--

宛名(依頼書提出先)	<input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 医療機関
------------	--

依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 滞在先住所(入院・入所先) <input type="checkbox"/> 申請者住所
---------	---