幸田町予防接種申請書

(宛先)幸田町長

幸田町協力医療機関で実施する予防接種を、幸田町協力医療機関外にて接種することを希望する ため下記のとおり申請します。なお、接種予定の医療機関には、事前に接種受け入れ可能である ことを確認し、了解を得ています。

					令和 年		月 日	
申請者 (手続をする人)	ふりがな			•				
	氏名	被接種者との続柄()	
		〒 −						
	住所				,			
				電話番号	()	
被接種者 (予防接種を受ける 人)	ふりがな							
	氏名	□申請者と同じ						
	生年月日	□ 大正 □ 昭和	年	月	日	(歳)	
	住所	〒 –	― □申請者と同じ					
					— і нгэ	1.3 ¢	-	
予防接種の種類	希望するワクチンに図をいれてください。							
	□高齢者肺炎球菌 □高齢者インフルエンザ							
	□新型□	コロナ □帯	状疱疹					
接種する 医療機関	医療機関	图名:						
	所在する市町村:							
	□ 接種予定医療機関で接種できることを確認しました							
	↑ご自身で医療機関に確認後☑をいれてください。							
申請理由	□かかり	りつけ						
	□長期⊅	、院・施設入所のため						
	⇒滞在先	ま 病院・施設名:						
		住所:						
		電話番号:						
	□その他	也 ()	
連絡票送付先	□申請	青者住所 □ □ ⅰ	皮接種者住所		□滞在先			
町記入欄	接種券の	D回収: □済	□紛	失(再交付	申請書記	人)		
	広域予防接種事業の協力医療機関:□該当/□非該当⇒□非該当の場合の案内							
	広域連絡票作成日 (/) 広域連絡票送付日 (/)							