

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	〒 ー 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	〒 ー ☐ 申請者と同じ			
予防接種の種類	希望するワクチンに ☒ 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 ☐ 带状疱疹				
接種する医療機関	医療機関名： 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	☐ かかりつけ ☐ 長期入院・施設入所のため ⇒滞在先 病院・施設名： 住所： 電話番号： ☐ その他 ()				
連絡票送付先	☐ 申請者住所 ☐ 被接種者住所 ☐ 滞在先				

町記入欄	接種券の回収： ☐ 済 ☐ 紛失（再交付申請書記入） 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（ / ）
------	--