高齢者インフルエンザ・肺炎球菌定期予防接種実施依頼書交付申請書

令和　　年　　月　　日

尾道市長宛

申請者

住所

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被接種者との続柄　　□本人

□その他（　　　　）

広島県広域化予防接種受託機関以外での予防接種を希望しますので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | （ふりがな）  氏　名 | □申請者と同じ | （　　　　　　　　　　　） | 生年月日 | | 年　　　月　　　日  　（　　　歳） |
| 住所  連絡先 | □申請者と同じ | 尾道市  （TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 滞在先  住所  連絡先 | □申請者と  同じ | 〒　　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様方  (施設の場合)施設名：  TEL：  　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 予防接種名 | | □　高齢者インフルエンザ　　　　　　　□　高齢者肺炎球菌 | | | | |
| 予防接種を  受ける医療機関 | | 医療機関名： | | | | |
| 住所  〒　　　　－  （TEL　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 依頼書送付先 | | □申請者と同じ　　　□住所地　　　　　□滞在先住所 | | | | |
| 尾道市以外で  接種する理由 | | □長期にわたり県外に滞在しているため　□広域化予防接種受託医療機関でないため  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| **市職員記入（依頼書について）** | | | | | | |
| 自治体名・TEL | | | 依頼書宛先 | | 送付先 | |
| □自治体名  □TEL | | | □自治体  □医療機関 | | □自治体  □施設  □滞在先  □滞在先 | |