

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 ふりがな 氏名 _____

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	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	()	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所 連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	尾道市 (TEL)		
	滞在先 住所 連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	〒 - (施設の場合)施設名： TEL：		様方
予防接種名	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 滞在先住所				
尾道市以外で 接種する理由	<input type="checkbox"/> 長期にわたり県外に滞在しているため <input type="checkbox"/> 広域化予防接種受託医療機関でないため <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 自治体名 <input type="checkbox"/> TEL		<input type="checkbox"/> 自治体 <input type="checkbox"/> 医療機関		<input type="checkbox"/> 自治体 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 滞在先	