

指定外機関予防接種申出書

年 月 日

あて先 高浜市長

申出者 住 所：高浜市 町 丁目 番地

氏 名：

電話番号：

(対象者との続柄：)

下記のとおり指定外機関予防接種を申出ます。

記

フリガナ 対象者氏名			
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 高浜市 町 丁目 番地	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
生年月日	年 月 日 (歳)	性 別	男 ・ 女
対象者区分	1. 高浜市以外の市町村にかかりつけ医がいる方 2. 長期に入院治療を要し、高浜市で予防接種を受けることが困難な方 3. 高齢者施設等に入所のため、高浜市以外での予防接種を希望する方 4. その他市町村長が対象者と認めた方		
滞在先	郵便番号：〒----- 住所：----- ----- 宛名：-----様方 電話番号：-----		
希望市町村 又は 医療機関	市町村名：-----都・道・府・県-----市・町・村----- 医療機関名：----- 医療機関住所：〒----- 電話番号：-----		
希望する 予防接種	1.成人用肺炎球菌ワクチン		
	2.インフルエンザワクチン		

個人番号 () 依頼書送付日 (年 月 日) 担当者 ()