

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し出ます。

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. その他市長が対象者と認めた方		
滞在先 又は 施設	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. 高齢者用肺炎球菌ワクチン 2. インフルエンザワクチン (標準量ワクチン・高用量ワクチン 75 歳以上) 3. 新型コロナワクチン 4. 帯状疱疹 (生ワクチン・組換えワクチン 1 回目・組み換えワクチン 2 回目)		

個人番号 () 依頼書送付日 (年 月 日) 担当者 ()