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	□申請者に同じ 高浜市　　町　　丁目　　番地	電話番号	□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 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）		