

様式第1号（第5条第2項関係）

年 月 日

新宮町長様

高齢者肺炎球菌ワクチン定期予防接種依頼書交付申請書

高齢者肺炎球菌ワクチン定期予防接種について、新宮町高齢者肺炎球菌予防接種実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 申請者住所：新宮町 _____
日中連絡の取れる電話番号： _____
- 2 氏名： _____ 生年月日： _____ 年 月 日 _____ 申請日の年齢 _____ 歳
- 3 接種（予定）日： _____ 年 月 日頃（本申請日より10日以降でお願いします）
○依頼書を希望する理由
※該当する理由の数字を○で囲み、接種を希望する医療機関を記入
- 1、かかりつけ医が福岡県医師会に加入していないため
（医療機関： _____）
- 2、その他
（ _____ ）

医療機関	(医療機関名)
	(住所・電話番号) 〒 _____
	(担当課・主治医名)

