

高齢者予防接種依頼書交付申請書

新宮町長様

申請者

住所 新宮町

氏名

日中連絡の取れる電話番号

新宮町高齢者予防接種実施要綱第5条第2項の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 被接種者住所 : 新宮町
- 2 被接種者氏名 : 生年月日 : 年 月 日 歳
- 3 予防接種の種別 : ①インフルエンザ ②肺炎球菌 ③新型コロナ ④帯状疱疹
※該当する理由の数字を○で囲む
- 3 接種（予定）日 : 年 月 日頃
理 由 ※該当する理由の数字を○で囲む。
(1) かかりつけ医が福岡県医師会に加入していないため
(2) その他 ()

接種を希望する医療機関

接種 医療機関	医療機関名	
	住所・電話番号	〒
		電話番号
	主治医 担当者	先生
		担当者名 ()