

高齢者インフルエンザ・高齢者肺炎球菌予防接種「実施依頼書」発行申請書

記入日 年 月 日

① 申込者氏名 ※原則として申込者の現住所に 依頼書を送付します。	フリガナ					被接種者との関係
	氏名					()
	現住所	〒 -				
	電話番号					
② 予防接種の種類 ※接種希望のワクチン名に○印を ご記入ください。	インフルエンザ ・ 肺炎球菌					
③ 被接種者氏名 ※申込者が被接種者と 異なる場合のみご記入 ください。	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和		年	月	日
	現住所	〒 -				
	電話番号					
④ 発行理由 ※当てはまるものに○印 をしてください。	1. 茅ヶ崎市以外の市区町村での接種 2. 茅ヶ崎市の指定する医療機関以外の市内医療機関の接種 〈上記1・2 接種の理由〉 かかりつけ医のため ・ 施設入所のため ・ その他 ()					
⑤ 滞在先住所	〒 -					
	世帯主氏名、入所施設名等					
	電話番号					
⑥ 接種予定日	年 月 日 予定 ・ 未定					
⑦ 接種予定医療機関等	名称					
	所在地	〒 -				
⑧ 依頼書送付先 ※原則として申込者の現住所に 送付しますが、やむを得ない理由 がある場合、送付希望先の住所を ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 申込者の現住所と同じ <input type="checkbox"/> その他 (理由 :) 住所 : 宛名 :					
備考						
茅ヶ崎市保健所記入欄	受付者		受付日		受付番号	
	受付方法	来庁 ・ 郵送				

※太枠で囲われた欄をご記入願います。