

記入例

茅ヶ崎市高齢者予防接種実施依頼書 交付申請書

記入日 令和〇年〇月〇日

① 被接種者氏名 ※申込者が別住所となる場合、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	千ガサキ タロウ		
	氏名	茅ヶ崎 太郎		
	生年月日	明治・大正・昭和		
	現住所 (住民登録地)	〒253-8660 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-8-7		
	電話番号	0467-00-0000		
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 ・ 新型コロナウイルス感染症			
③ 申込者氏名 ※申込者が被接種者と異なる場合のみご記入ください。 ※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	千ガサキ ハナコ	被接種者との関係	
	氏名	茅ヶ崎 花子	(長女)	
	現住所	〒000-0000 000県000市000	予防接種を受ける方が申請書を記入する場合は、空欄のままご提出ください。	
	電話番号	0000-00-0000		
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での接種 < 上記1・2 接種の理由 > 施設入所のため 入院中のため ・ その他 ()			
⑤ 滞在先住所	<input type="checkbox"/> 被接種者の現住所に同じ <input type="checkbox"/> 申込者の現住所に同じ <input checked="" type="checkbox"/> その他 (ご記入ください) 〒000-0000 000県000市000町0-0-00		予防接種を受ける方が現在滞在先住所を記入してください。	
	世帯主氏名、入所施設名等	00000000		
	電話番号	0000-00-0000		
⑥ 接種予定日	インフルエンザ	令和〇年	〇月 〇日 予定 ・ 未定	
	肺炎球菌	年	月 日 予定 ・ 未定	
	新型コロナウイルス感染症	令和〇年	〇月	
⑦ 接種予定医療機関等	名称	0000病院		
	所在地	〒000-0000 000県000市000町0-		
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 checked="" type="checkbox"/> 申込者の現住所に同じ <input type="checkbox"/> その他 (理由 :) 住所 : 宛名 :			
	原則、「申込者の現住所に同じ」にチェックしてください。			
備考	(收受印)			
茅ヶ崎市保健所記入欄	担当者記入欄ですので、未記入でお願いします。			

※太枠で囲われた欄をご記入願います。