

## 茅ヶ崎市高齢者予防接種実施依頼書 交付申請書

記入日 年 月 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					
	氏名					
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	
	現住所 (住民登録地)	〒	-	茅ヶ崎市		
	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 ・ 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				被接種者との関係	
	氏名				( )	
	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"/> 被接種者の現住所と同じ <input type="checkbox"/> 申込者の現住所と同じ <input type="checkbox"/> その他 (ご記入ください) ( 〒 - )					
	世帯主氏名、入所施設名等					
	電話番号					
⑥ 接種予定日	インフルエンザ	年	月	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	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					(收受印)	
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。