|  |
| --- |
| 高知市保健所　地域保健課　予防接種・感染症対策室　行ＦＡＸ：８２２－１８８０　 |

（この用紙のみ送信してください。送信票は不要です。）

定期予防接種（Ｂ類）追加申込書

【65歳以上（一部60歳以上）用予診票等】

令和　 　年 　　月 　　日

〒も必ずご記入ください。

**〒　　　　－**

住所

医療機関名

担当者名

電話

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　 | 予診票 | 説明書 | 接種済証 |
| インフルエンザ | 枚 | 枚 | 枚 |
| 新型コロナウイルス感染症 | 枚 | 枚 | 枚 |
| 高齢者肺炎球菌感染症 |  |  | 枚 |
| 帯 状 疱 疹 |  | 枚 | 枚 |
| ●次のいずれかを選択してください。* 地域保健課（総合あんしんセンター１F ４番窓口）で受取

（　　　月　　　日　ＡＭ　・　ＰＭ　　　　　頃 来所予定）* 郵送　※数日～１週間ほどかかる場合があります。

（お急ぎの場合は取りにおいでください。） |