

高齢者予防接種実施依頼交付申請書

高知市長 宛て

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

下記の理由により、定期予防接種について依頼書の交付を申請します。

申請者	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所			
	電話番号	()	-	

対象者 (接種希望者)	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日 () 歳
		西暦()			
	住所	高知市			
電話番号	()	-			

滞在先住所 (入院・入所先)	住所	〒()		
	名称			
	電話番号	()	-	

接種場所 (医療機関)	住所			
	名称			
	電話番号	()	-	

依頼する予防接種の種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症
	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症	(<input type="checkbox"/> 過去に肺炎球菌ワクチン(23価)を接種したことがない)

接種依頼の理由	<input type="checkbox"/> 長期入院中	<input type="checkbox"/> 施設入所中
	<input type="checkbox"/> その他()	

宛名(依頼書提出先)	<input type="checkbox"/> 市町村	<input type="checkbox"/> 医療機関
------------	------------------------------	-------------------------------

依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 市町村	<input type="checkbox"/> 滞在先住所(入院・入所先)
	<input type="checkbox"/> 申請者住所	