

平群町予防接種申出書

平群町長殿

令和 年 月 日

申請者 氏 名 続柄()

生年月日

住 所 平群町

電話番号

下記の通り、予防接種を希望します。
記

受ける方	☐ 申請者と同じ			
	氏 名			
	生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日(満 歳)		
	住 所	平群町		
	電 話 番 号			
申請理由	☐ かかりつけ医がいるため ☐ 入院治療を要しているため ☐ 高齢者施設などに入所中のため ☐ その他 ()			
希望する 予防接種	予防接種名	接種日	接種機関	接種日年齢
	インフルエンザ		医療機関名.....	
			住所.....	
			電話番号.....	
	新型コロナ		医療機関名.....	
住所.....				
電話番号.....				
高齢者肺炎球菌		医療機関名.....		
		住所.....		
		電話番号.....		
帯状疱疹		医療機関名.....		
		住所.....		
		電話番号.....		

事務局記入欄 窓口対応者 ()

インフルエンザ : 依頼書 ・ 承認シール 新型コロナ : 依頼書 ・ 承認シール

高齢者肺炎球菌 : 依頼書 ・ 承認シール 帯 状 疱 疹 : 依頼書 ・ 承認シール