

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	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		
带状疱疹		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