予防接種申出書

平群町長　殿　　年　　月　　日

1.　予防接種の種類にチェックを入れてください。

☐　高齢者のインフルエンザ　☐　高齢者の肺炎球菌感染症（定期）

2.　広域７ヶ町医師会員以外の施設での予防接種理由にチェックしてください。

☐　かかりつけ医である　☐　入院中　☐　入所中

3.　接種者名、生年月日、住所、電話

な　ま　え	
生　年　月　日	明治 ・ 大正 ・ 昭和　　年　　月　　日
住　　所	平群町
電　話　番　号	

4.　予防接種名、接種日時、接種場所、接種日年齢

予防接種名	接種日（予定日）	接　種　場　所	接種日年齢
インフルエンザ	年　月　日	施設名 住　所 電話番号	
肺炎球菌感染症	年　月　日	施設名 住　所 電話番号	

5.　申請者（接種者と申請者が違う場合は下記に記入）　☐ 同上

な　ま　え	
住　　所	平群町
電話番号	
続　　柄	

接種者と申請者が同じなら☑を入れる。

＊ 上記記載事項に変更が生じた場合は、連絡してください。

以下は事務局記入　窓口対応者（　　）

発行種類（定期 肺炎球菌）：依頼書　・　承認書(ｼｰﾙ)　どちらかに○

発行種類（インフルエンザ）：依頼書　・　承認書(ｼｰﾙ)　どちらかに○