《高齢者肺炎球菌・带状疱疹記入見本》

様式第1号(第3条関係)

予防接種依頼書交付申請書

ふじみ野市長 あて

令和〇年〇月〇日

申請者	住所	ふじみ野市福岡〇-〇-〇
	氏名	ふじみ野 花子
	電話番号	090-△△△△-××××
	本人でない場合はその続柄(妻)	

下記のとおり、予防接種依頼書の交付を申請いたします。

記

日中連絡が取れる電話番号
をお願いします。

住所	埼玉県ふじみ野市 福岡〇-〇-〇	
電話	電話 090 - (△△△△) - ××××	
ふりがな 被接種者氏名	ふじみの たろう ふじみ野 太郎	
生年月日	昭和35年4月2日(満65歳)	
ふりがな 保護者氏名	記入不要	続柄
予防接種名	高齢者肺炎球菌予防接種・带状疱疹予防接種	
理由	・〇〇病院へ長期間入院中のため ・かかりつけ医のため など	
依頼先	〇〇病院 ※接種を受ける医療機関または施設	
郵送先	〒356-00△△ ふじみ野市福岡〇-〇-〇 (□□様方)	
備考欄		

※被接種者が20歳以上の場合は、保護者氏名の記入は不要です。