

《高齢者インフルエンザ記入見本》

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 宛て

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。

日中連絡が取れる電話番号
をお願いします。

記

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26年 4 月 2 日(満 70 歳)
ふりがな 保護者氏名	続柄 記入不要
予防接種名	高齢者インフルエンザ
理由	〇〇病院へ長期間入院中のため
依頼先	〇〇県〇〇病院 ※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	

郵送の場合のみご記入ください。

※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。