

予防接種依頼書作成にかかる申請書(B類疾病)

和光市長 様

年 月 日

和光市で実施する予防接種を下記の理由により受けることができないため、指定外医療機関で接種が受けられるよう、依頼書の交付を申請いたします。

記

太枠内をご記入ください

予防接種を受ける者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	大正・昭和	年 月 日 (満 歳)
	性別	男・女	
	住所 (住民票)	〒 和光市	
	電話番号		
申請者 (接種者本人の場合は省略可)	ふりがな		
	氏名		
	住 所	〒	
	電話番号		
	予防接種を受ける者との続柄		
依頼書送付先		☐ 接種対象者住所 ☐ 申請者住所 ☐ 滞在先住所(様宛)	
他の場所で接種を希望する理由		☐ 老人保健施設に入所中のため ☐ 長期入院中のため ☐ 往診医が和光市の契約医療機関外のため ☐ 特別養護老人ホームに入所中のため ☐ 有料老人ホーム等の施設に入所しているため ☐ 疾病等で医学的に主治医管理が必要なため(かかりつけ含む) ☐ 仕事や介護等やむを得ない事情で居住実態が住所外にあるため ☐ その他()	
滞 在 先 (滞 在 する 場合のみ)	住 所	〒 (施設名)	
	電話番号		
接種を希望する 医療機関名	正式名称		
	住所	〒	
	電話番号		
予防接種名		☐ 肺炎球菌予防接種 (接種日時時点で65歳の方のみ) ☐ インフルエンザ予防接種 (毎年10月1日開始予定) ☐ 新型コロナ予防接種 (毎年10月1日開始予定) ☐ 带状疱疹予防接種	

職員記入欄

☐ 依頼書の宛名は合っているか	受付番号	
☐ 生年月日・氏名等の記載は合っているか	依頼書発送日	月 日