

予防接種依頼書交付申請書（高齢者用）

年 月 日

会津若松市長あて

依頼者 住 所 会津若松市
氏 名

被接種者との続柄（ ）

下記のとおり、他市町村で定期接種を受けることを希望しますので、予防接種実施依頼書の発行を申請します。

よみがな 接種者氏名		生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)
現住所	会津若松市		
連絡先電話番号			
希望の予防接種 (該当の□にチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 20 価肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 高齢者帯状疱疹		
理 由 (該当番号を○で囲んでください)	1 滞在先にある医療機関に入院、通院中のため 2 滞在先にある施設に入所中のため 3 その他 ()		
滞在先住所	〒 - 住 所 世帯主氏名 様方 電話番号		
接種医療機関名			
その他			