

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
氏 名

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"/> 23価肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ	
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	〒 ー 住 所 世帯主氏名 様方 電話番号	
接種医療機関名		