

圏域外予防接種実施依頼書交付申込書

令和 年 月 日

加東市長 様

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____ 続柄 (_____)

電話番号 _____

予防接種を圏域外の医療機関で受けたいので、次のとおり申請します。

接種を受ける人	フリガナ		性 別	男・女
	氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所 連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる場合 〒 _____ 加東市 電話番号 _____		
予防接種の種類	高齢者インフルエンザ予防接種			
接種を希望する 医療機関又は 施設	所在地			
	医療機関又は施設名			
	医師名			
申請理由				

圏域外予防接種実施依頼書交付申込書

令和 年 月 日

加 東 市 長 様

続柄：必ず記入してください

本人又は家族の方が
申請してください

(申請者)

住 所

氏 名

続柄 ()

電話番号

予防接種を圏域外の医療機関で受けたいので、次のとおり申請します。

接種を受ける人	フリガナ		性 別	男・女
	氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所 連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる場合 〒 - 加東市 電話番号 - -		
予防接種の種類				
接種を希望する 医療機関又は 施設	所在地			
	医療機関又は施設名			
	医師名			
申請理由	(例) ○○○施設に入所しているため ○○病のかかりつけ医のため、など			