

広域的予防接種申請書

(岩手県高齢者広域接種受診票/予防接種実施依頼書 共通)

令和 年 月 日

大槌町長 平野 公三 様

申請者 _____ (被接種者との続柄 _____)

連絡先 _____

下記のとおり、他市町村において予防接種を希望するので、岩手県高齢者広域接種受診票又は、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

予防接種の種類	季節性インフルエンザ (高齢者)		
被接種者氏名	(明治・大正・昭和 年 月 日生)		
住所	大槌町 (電話 - -)		
滞在先住所 (入院及び入所地等)	〒 - (電話 - -) ※日中に連絡の取れる電話番号		
接種希望 医療機関	都・道・府・県 市・町・村 医療機関名 : _____	接種予定日	月 日
書類送付先	<input type="checkbox"/> 滞在先住所(入院及び入所地等) <input type="checkbox"/> その他 (〒 -) (_____ 様方)		

問合せ・提出先

〒028-1192 岩手県上閉伊郡大槌町上町1-3
大槌町健康福祉課 (電話)42-8716

※ 町記入欄

- 岩手県広域的予防接種事業
大槌町広域的予防接種事業
大槌町広域的予防接種事業 (償還払い)

No :

広域的予防接種申請書
(岩手県高齢者広域接種受診票/予防接種実施依頼書 共通)

見本

令和 ○年 ○○月 ○○日

大槌町長 平野 公三 様

申請者が施設担当者等の場合は、
「担当：○○」とご記入下さい。→

申請者 大槌 太郎 (被接種者との続柄 長男)
連絡先 ●●●-▲▲▲▲-■●●●

下記のとおり、他市町村において予防接種を希望するので、岩手県高齢者広域接種受診票又は、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

予防接種の種類	季節性インフルエンザ (高齢者)		
フリガナ 被接種者氏名	オオツチ ハナコ 大槌 花子 (明治・大正・ 昭和 ○年 ○○月 ○○日生)		
住所	大槌町 上町1-3 (電話 ○○○-○○○-○○○○)		
滞在先住所 (入院及び入所地等)	〒○○○-○○○○ ○○県○○市○番○号 介護老人保健施設 ○○荘 (電話 ○○○-○○○-○○○○) ※日中に連絡の取れる電話番号		
接種希望 医療機関	○○ 都・道・府・ 県 ○○ 市 町 ・村 医療機関名： <u>○○医院 (または入所先)</u>	接種予定日	○月 ○日
書類送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 滞在先住所(入院及び入所地等) <input type="checkbox"/> その他 (〒 _____) (_____ 様方)		

問合せ・提出先
〒028-1192 岩手県上閉伊郡大槌町上町1-3
大槌町健康福祉課 (電話) 4 2-8 7 1 6

※町記入欄	
<input type="checkbox"/> 岩手県広域的予防接種事業 <input type="checkbox"/> 大槌町広域的予防接種事業 <input type="checkbox"/> 大槌町広域的予防接種事業 (償還払い)	No :