

(別紙様式1)(第5の1 関係)

岩手県広域的予防接種申請書

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の交付を申請します。

予防接種の種類			
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 (入院及び入所先等)	〒 — (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	☐ 滞在先住所(入院及び入所先等) ☐ 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)42-8715

※町記入欄

岩手県広域的予防接種事業

No :

岩手県広域的予防接種申請書

記入例

令和 〇年 〇〇月 〇〇日

大槌町長 平野 公三 様

申請者 大槌 太郎 (被接種者との続柄 長男)

連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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
又は、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

↑申請者が施設担当者等の場合は、
被接種者家族の同意を得たうえで
「担当：〇〇」とご記入ください。

予防接種の種類	↓接種する予防接種の種類をご記入ください。 带状疱疹ワクチン		
フリガナ 被接種者氏名	オオ ツチ ハナ ヨ 大槌花子 (明治・大正・昭和 〇年 〇〇月 〇〇日生)		
住所	大槌町 〇番〇号 (電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)		
滞在先住所 (入院及び入所地等)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇番〇号 介護老人保健施設 〇〇〇 (電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)		
接種希望 医療機関	〇〇 都・道・府・ 県 〇〇 市 ・町・村 医療機関名： <u>〇〇医院 (または入所先)</u>	※ ↓未定の場合は、記入不要です。 接種予定日	〇月 〇日
書類送付先	☒ 滞在先住所(入院及び入所地等) ☐ その他 (〒 ー (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 5

※町記入欄

岩手県広域的予防接種事業

No :