（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

見本

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　●●●―▲▲▲▲―■■■■

↑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」とご記入下さい。

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。

↓接種する予防接種の種類をご記入下さい。

予防接種の種類	インフルエンザ　等
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　〇年　〇〇月　〇〇日生 ）
住所	大槌町　上町１－３ （電話　●●●―▲▲▲▲―■■■■　）
滞在先住所 （入院及び入所地等）	〒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　●●●―▲▲▲▲―■■■■　） ※
接種希望 医療機関	〇〇　都・道・府・県　〇〇　市・町・村 医療機関名：　〇〇医院（または入所先）
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　〒　－ （　様方）

↓未定の場合は、記入不要です。

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：