

予防接種依頼書発行申請書
(B類疾病)

草加市長 宛て

		申請日	年	月	日	
(接種を受ける者)	ふりがな					男・女
	氏名					
	生年月日	年 月 日生				
	住所 (住民登録地)	〒				
	連絡先					
申請理由	<input type="checkbox"/> 医療管理上、かかりつけの医療機関で予防接種を受ける必要があるため (施設入所、入院等を含む) <input type="checkbox"/> その他やむを得ない事情があるため ()					
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高年者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高年者新型コロナ <input type="checkbox"/> 高年者带状疱疹(組換えワクチン) <input type="checkbox"/> 高年者带状疱疹(生ワクチン) <input type="checkbox"/> 高年者肺炎球菌					
接種予定日	年 月 日					
受診医療機関	(市 区 町 村)					
依頼書宛先	<input type="checkbox"/> 医療機関長 宛て <input type="checkbox"/> 市区町村長 宛て					
送付先住所 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒					
備考						

〈市記入欄〉

住民CD	メモ入力	受付担当者	受付
	未 ・ 済		