様式第２号（第７条関係）

高齢者インフルエンザ予防接種実施依頼書交付申請書（施設用）

五戸町長　様　　令和　　年　　月　　日

申請者	住　　所	〒
	施　設　名	
	施　設　長	印
	電 話 番 号	

当施設に入所している接種希望者が、実施医療機関で予防接種を受けることができないので、本人の委任のもと、代理で予防接種実施依頼書の交付を申請します。

接種する医療機関名	医療機関名		
	住　　所		
	電 話 番 号		
接　種　予　定　日	令和　　年　　月　　日		
申　請　理　由	１　入院・入所中　　２　その他（　　）		
接種を受ける人	生年月日	年齢	住　　所
	明　大　昭　．　．		五戸町
	明　大　昭　．　．		五戸町
	明　大　昭　．　．		五戸町
	明　大　昭　．　．		五戸町
	明　大　昭　．　．		五戸町