

高齢者インフルエンザ予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

五戸町長 様

申請者	住所	〒	
	氏名		
	接種を受ける人との続柄	本人・その他（ ）	
	電話番号 (連絡の取れる番号)		

実施医療機関で予防接種を受けることができないので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

接種を受ける人	住所	☐ 申請者と同じ	
	氏名	☐ 申請者と同じ	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）	
滞在先	施設名		
	住所		
	電話番号		
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	年 月 日		
依頼書送付先	1 申請者住所 2 接種を受ける者の住所 3 滞在先住所		
申請理由	1 入院・入所中 2 その他（ ）		