様式第２号（第11条関係）

**五戸町帯状疱疹ワクチン定期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（　　　　　　　　　　　　　） |