

様式第1号（第8条関係）

新型コロナウイルス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（ ）	