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)

年 月 日

五戸町長 様

	住 所	₹
申請者	施設名	
	施設長	印
I	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。

	医療機関名				
接種する 医療機関名	住 所				
	電話番号				
接種	予 定 日	年 月 日			
申 請	理 由	1 入院・	入所中	中 2 その他 ()	
接種を受	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	