**五戸町成人用肺炎球菌ワクチン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、委託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　字 |
|  | | 明　大　昭  ．　． |  | 五戸町　字 |
|  | | 明　大　昭  ．　． |  | 五戸町　字 |
|  | | 明　大　昭  ．　． |  | 五戸町　字 |
|  | | 明　大　昭  ．　． |  | 五戸町　字 |