

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)

令和 年 月 日

五戸町長 様

申 請 者	住 所	〒
	施 設 名	
	施 設 長	
	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。

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	
	明 大 昭 . .		五戸町	
	明 大 昭 . .		五戸町	
	明 大 昭 . .		五戸町	
	明 大 昭 . .		五戸町	