予防接種実施依頼書交付申請書

年　　月　　日

小豆島町長　殿

申請者　住所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被接種者との関係：　　　　　　）

次のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住所 | 小豆島町 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 電話番号 | 　　　　　－　　　　　－ |
| 滞在先住所 |  |
| 予防接種の種類 | * 高齢者肺炎球菌
* インフルエンザ
 |
| 申請理由 | * 県外施設へ入所中のため
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 接種を受ける医療機関 | 住　所 |  |
| 医療機関名 |  |