

高齢者インフルエンザ予防接種居住地外接種申請書

(県内 ・ 県外)

申 込 日	令和 年 月 日
申請者 ※被接種者以外が申請の場合のみ記入してください	住所 上牧町 氏名 続柄() 電話番号
被接種者名 (生年月日)	年齢 歳 (明治・大正・昭和 年 月 日生まれ)
住 所	上牧町
電 話 番 号	- - (入院・施設入所中の場合、日中連絡できるところ)
依 頼 先 (予防接種を受けるところ)	病院・施設名 市町村名 () () 施設内接種の場合の委託医療機関名 市町村名 () ()
依 頼 理 由 該当するものを○で囲む	① 施設に入所中のため ② 病院に入院中であるため ③ かかりつけ医が県内他市町であるため (県内接種のみ) ④ その他()

受理者名()