

上牧町長宛

施設名:

施設長:

住所:

電話番号:

担当者:

施設印

B類疾病予防接種(インフルエンザ・肺炎球菌・新型コロナ・带状疱疹)の定期予防接種について(依頼)

予防接種法に基づき、当施設におきまして下記の通り高齢者定期予防接種を入居者の皆様に行いたいと存じます。つきましては、貴町の住民である入居者様につきまして、ご配慮を賜りますよう、宜しくお願い申し上げます。

なお、接種医療機関である _____ は、(自治体名) _____ の受託医療機関に登録しております。

記

接種予定日:令和 年 月 日

接種場所:

接種医療機関:

所在地

電話番号

対象者:

氏名	性別	生年月日	住所	高齢者 インフル	新型 コロナ	肺炎 球菌	带状疱疹	
							生	組換え
	男・女	T・S 年 月 日	上牧町					
	男・女	T・S 年 月 日	上牧町					
	男・女	T・S 年 月 日	上牧町					
	男・女	T・S 年 月 日	上牧町					
	男・女	T・S 年 月 日	上牧町					
	男・女	T・S 年 月 日	上牧町					
	男・女	T・S 年 月 日	上牧町					
	男・女	T・S 年 月 日	上牧町					
	男・女	T・S 年 月 日	上牧町					
	男・女	T・S 年 月 日	上牧町					

※接種するワクチンの欄に○、接種しないワクチンの欄に×の記入をお願いします。

※申請者のなかに生活保護のかたがいる場合は、申請時にお申し出ください。