

上牧町長宛

施設名:

施設長:

住所:

電話番号:

担当者:

施設印

## 高齢者インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症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、宜しくお願ひ申し上げます。

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
	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

以上

## 誓約書

申請について委任を受けましたが、次のことについて相違ないことを誓約します。

- ・今回の予防接種申請にあたり、接種者ご本人に接種希望の確認と、ご本人またはご家族などに代理申請を行うことについて、了承を得ています。
- ・私は、接種者の意思に基づかず正当な権限なく代理申請を行った場合は、法律等により罰せられる場合があることを承認します。
- ・この申請に関し、委任者との間に問題が生じた場合は、私が責任をもって解決します。

令和 年 月 日

名称 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 施設印 \_\_\_\_\_

申請者

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

上 牧 町 長 殿