

受付番号

予防接種（県内）接種申請書

☐インフルエンザワクチン ☐新型コロナウイルスワクチン
☐肺炎球菌ワクチン ☐带状疱疹ワクチン

※申請するワクチンの□にチェックをお願いします。

申 込 日	令和 年 月 日
申 請 者 ※申請者が本人以外の場合 のみ記入してください	住所 上牧町 氏名 続柄（ ） 電話番号
接種への同意 ※申請者が本人以外の場合 のみ記入してください	本人の同意 ☐ あり ☐ なし （なしの場合は接種できません）
フ リ ガ ナ 被接種者名	年 齢 歳
生年月日	（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」であるため 4 その他（ ）
質 問 事 項	過去に、肺炎球菌・带状疱疹予防接種を受けたことがある ・はい ・いいえ いつ受けられましたか（ 年 月 日頃）

☐ 本人確認 ☐ 接種歴確認 ☐ 北葛・広域 ☐ 相互乗り入れ