

上牧町長 様

申請者住所
申請者氏名
電 話 番 号

被 接 種 者	氏 名	(フリガナ)	電話番号	
	生 年 月 日	年 月 日生 (歳 月)		
	住 所			
	(未成年の場合) 保 護 者 氏 名	(続柄)		
	滞 在 先	〒		
希望する ワクチンの種類 (✓をつけてください)		☐ 高齢者インフルエンザ		
		☐ 高齢者肺炎球菌		
		☐ 高齢者新型コロナウイルス感染症		
		☐ 高齢者带状疱疹		
		☐ その他 ()		
申請理由 (✓をつけてください)		☐ 疾病等により委託医療機関以外で長期入院または入所しているため ☐ その他 ()		
接種希望 医療機関		所在地 医療機関名 TEL		
町記入欄				

※ 上記内容につきましては、滞在先の市町村担当部署へ提供させていただくことがありますので
ご了承ください。