

高齢者インフルエンザ予防接種の市町間相互乗入れ実施申請書

令和 年 月 日

伊豆の国市長 様

住 所

氏 名

申請者 生年月日 年 月 日 (歳)

接種希望者から見た続柄 ()

電話番号

※申請者が施設長の場合、生年月日は不要です

下記の理由により、予防接種を受けるため市町間相互乗り入れを申請します。

被 接 種 者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	(ふりがな) 氏 名		電話番号	
	住 所	伊豆の国市		
	生年月日	年 月 日 (歳)	性 別	男 ・ 女
予防接種を依頼 する理由	<input type="checkbox"/> 主治医が旧田方郡外であるため <input type="checkbox"/> 施設入所しているため <input type="checkbox"/> その他 ()			
希望する医療機関	医療機関名			
	所在地			
	電話番号			
希望する 予防接種名	インフルエンザ予防接種			
依頼書の受取を郵 送で希望する場合 の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 被接種者			