

施設入所者用

定期予防接種の市町間相互乗入れ実施申請書
(インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症用)

令和 年 月 日

伊豆の国市長 様

住 所

施設名

申請者 代表者名
(担当者名)
被接種者から見た続柄 ()
電話番号

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。

申請理由	☐ 主治医が旧田方郡（伊豆の国市・伊豆市・函南町）外であるため ☐ 施設入所しているため ☐ その他 ()	
希望する 予防接種名	☐ インフルエンザ予防接種 ☐ 新型コロナウイルス感染症予防接種	
希望する 医療機関	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	

※被接種者の情報

(ふりがな)		生年月日	T・S 年 月 日 (歳)
① 氏 名			
住 所	伊豆の国市		(男 ・ 女)
(ふりがな)		生年月日	T・S 年 月 日 (歳)
② 氏 名			
住 所	伊豆の国市		(男 ・ 女)
(ふりがな)		生年月日	T・S 年 月 日 (歳)
③ 氏 名			
住 所	伊豆の国市		(男 ・ 女)

(表面)

(ふりがな)		生年月日	T・S 年 月 日
④ 氏 名			(歳)
住 所	伊豆の国市		(男 ・ 女)
(ふりがな)		生年月日	T・S 年 月 日
⑤ 氏 名			(歳)
住 所	伊豆の国市		(男 ・ 女)
(ふりがな)		生年月日	T・S 年 月 日
⑥ 氏 名			(歳)
住 所	伊豆の国市		(男 ・ 女)
(ふりがな)		生年月日	T・S 年 月 日
⑦ 氏 名			(歳)
住 所	伊豆の国市		(男 ・ 女)
(ふりがな)		生年月日	T・S 年 月 日
⑧ 氏 名			(歳)
住 所	伊豆の国市		(男 ・ 女)
(ふりがな)		生年月日	T・S 年 月 日
⑨ 氏 名			(歳)
住 所	伊豆の国市		(男 ・ 女)
(ふりがな)		生年月日	T・S 年 月 日
⑩ 氏 名			(歳)
住 所	伊豆の国市		(男 ・ 女)
(ふりがな)		生年月日	T・S 年 月 日
⑪ 氏 名			(歳)
住 所	伊豆の国市		(男 ・ 女)
(ふりがな)		生年月日	T・S 年 月 日
⑫ 氏 名			(歳)
住 所	伊豆の国市		(男 ・ 女)

(裏面)