

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

氏 名

申請者 生年月日 S・H 年 月 日 ( 歳)

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。

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	T・S 年 月 日 ( 歳)	性 別	男 ・ 女
申請理由	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 施設入所しているため <input type="checkbox"/> その他 ( )			
希望する 予防接種名	<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> 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			
書類の受取を郵送 で希望する場合 の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 被接種者			