|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **予　防　接　種　依　頼　申　請　書**  令和　　 年　　　月　　　日    次の者が予防接種を受けたいので申請します。  《代理人使用欄》 | | | |
| **ふ　り　が　な** |  | | |
| ①　　代理人名 |  | | |
| ②　　代理人住所 | 〒    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡（　　　　　）　　　　　－ | | |
| 《本人使用欄》 | | | |
| **ふ　り　が　な** |  | |  |
| ③　　対象者名  （被接種者本人） |  | | 大正・昭和　　　年　　　月　　　日 |
| ④　　対象者住所 | 〒　　　　－  厚木市  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡（　　　　　）　　　　　－ | | |
| ⑤　　接種希望ワクチン  （〇をつけてください） | ・インフルエンザ　・新型コロナワクチン　・肺炎球菌  ・帯状疱疹定期接種（生ワクチン・不活化ワクチン１回目　２回目）  ※不活化ワクチン希望する場合は接種希望回数にも〇をつけてください | | |
| ⑥　　滞在・入院先等 | 名称 |  | |
| 所在地 | 〒　　　　－  ℡（　　　　　）　　　　　－ | |
| ⑦　　実施医療機関 | 名称 | □同上 | |
| 所在地 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □同上    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡（　　　　　）　　　　　－ | |
| ⑧　　申請理由 | □病院・施設に入所中　　□かかりつけ医での接種が必要  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ⑨　　依頼書送付先  （〇をつけてください） | ・代理人住所　　　　　　　・現住所　　　　　　　　・滞在・入院先  （上記②と同じ）　　 　（上記④と同じ）　　 　（上記⑥と同じ） | | |
| ⑩　　依頼期間 | 令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで | | |