

予 防 接 種 依 頼 申 請 書

令和 年 月 日

厚 木 市 長

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	〒 Tel () -

《本人使用欄》

ふりがな		生 年 月 日
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	Tel () -
⑤ 接種希望ワクチン (○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 ・带状疱疹定期接種(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○をつけてください	
⑥ 滞在・入院先等	名称	
	所在地	〒 - Tel () -
⑦ 実施医療機関	名称	□同上
	所在地	〒 - Tel () - □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 (○をつけてください)	・代理人住所 (上記②と同じ)	・現住所 (上記④と同じ)
		・滞在・入院先 (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	