記入例

予 防 接 種 依 頼 申 請 書

令和6年 10 月7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	けんこう　あつぎ	生　年　月　日
③　対象者名 （被接種者本人）	健康　あつぎ	大正・(昭和) 30 年4月1日
④　対象者住所	〒243－0018 厚木市●●2丁目■－▲ TEL（ 046 ） 225 － 2201	
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 ・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○をつけてください	
⑥　滞在・入院先等	名称	あつぎ健康医療課病院
	所在地	〒243－0018 ●●県■■市▲▲▲番地 TEL（ 046 ） 225 － ××××
⑦　実施医療機関	名称	☑同上
	所在地	〒　　－　　☑同上 TEL（　　）　　－
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6年 10 月7日から令和7年2月 28 日まで	

記入例

予 防 接 種 依 頼 申 請 書

令和6年 10 月7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	けんこう　あつぎ	生　年　月　日
③　対象者名 （被接種者本人）	健康　あつぎ	大正・(昭和) 30 年4月1日
④　対象者住所	〒243－0018 厚木市●●2丁目■－▲ TEL（ 046 ） 225 － 2201	
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 ・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○をつけてください	
⑥　滞在・入院先等	名称	あつぎ健康医療課病院
	所在地	〒243－0018 ●●県■■市▲▲▲番地 TEL（ 046 ） 225 － ××××
⑦　実施医療機関	名称	☑同上
	所在地	〒　　－　　☑同上 TEL（　　）　　－
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6年 10 月7日から令和7年2月 28 日まで	