

記入例

予 防 接 種 依 頼 申 請 書

令和 ○年 ○月 ○日

厚 木 市 長

施設名 厚木市健康医療課ホーム

住所 厚木市中町 1-4-1

電話番号 046-225-2201

担当者 ●●

当施設入所者が次の予防接種を受けたいので申請します。
接種依頼書と予診票を当施設へ送付してください。

申請者	別紙参照 合計 5人
入所施設	〒 243 - 0018
	厚木市中町 1-4-1 厚木市健康医療課ホーム TEL (046) 225 - 2201
実施医療機関	〒 243-▲▲▲▲▲
	●●県■市▲-▲-■ 健康医療課クリニック TEL (046) 223 - 7066
申請理由	施設入所中で契約医療機関外での診察を受けているため
依頼期間	令和 ●年 ●月 ●日から令和 ●年 ●月 ●日まで

別紙一覧

No.	申請者名 (被接種者)	フリガナ	生年月日	対象者住所	接種希望ワクチン ①インフルエンザ ②新型コロナワクチン ③肺炎球菌 ④帯状疱疹定期接種
例	厚木 太郎	アツギ タロウ	S34. 10. 7	〒243-0018 厚木市中町 1-4-1	①②
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					