

預防接種依賴申請書

令和 年 月 日

厚 木 市 長

施設名

住所

電話番号

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 人
入所施設	〒 -
	Tel () -
実施医療機関	〒 -
	Tel () -
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 (生ワクチン) ⑤帯状疱疹定期接種 (不活化ワクチン)
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					