

鎌ヶ谷市予防接種依頼書発行申請書（成人用）

申請日 年 月 日

鎌ヶ谷市長 あて

申請者 住所
 氏名
 電話番号
 続柄

下記のとおり予防接種を受けたいので申請します。

予防接種の種類 (□内に✓印)	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ
--------------------	----------------------------------	-------------------------------------

*高齢者肺炎球菌予防接種において、過去に接種歴のある方への依頼書は発行できません。

予防接種を受ける方	住所	鎌ヶ谷市	
	ふりがな		男 ・ 女
	氏名		
	生年月日	昭和 大正	年 月 日生 (歳)
接種先住所	〒 (様方)		
電話番号			
接種医療機関名	*施設長が接種する場合は施設名を記入してください 県 市町村 医療機関名		
接種予定日	年 月 日		
依頼理由	<input type="checkbox"/> 住所地以外の施設に入所しているため <input type="checkbox"/> 住所地以外の病院に入院しているため <input type="checkbox"/> その他（具体的に記入してください） ()		
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 現住所（住民票のある所） <input type="checkbox"/> 滞在先の住所 <input type="checkbox"/> 別の送付先 〒 (様方)		

健康増進課記入

宛名番号

--