

高齢者定期予防接種実施依頼申請書

北 広 島 町 長 様

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

続 柄

連絡先

下記のとおり予防接種の実施を希望するため申請します。

記

予防接種の種類 (該当に☑)		☐ 季節性インフルエンザ	☐ 新型コロナウイルス感染症
		☐ 高齢者肺炎球菌	☐ 带状疱疹
被接種者	氏 名		
	住 所	北広島町	
	生年月日	年 月 日	
	現在の居住地等		
接種医療機関	医療機関名		
	住 所		
	電 話 番 号		
理 由			

※生活保護世帯の方は、被保護者証明または生活保護受給証明書をご持参ください。