

見 本

予 防 接 種 申 出 書

次の医療機関で、予防接種法に基づく定期予防接種を受けたいので申し出ます。

被接種者名	高島 太郎	(生年月日) 昭和39年4月1日 61歳4ヶ月
予防接種の種類	☒ インフルエンザ ☐ 肺炎球菌 ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 带状疱疹ワクチン (右のどちらかに ☒ をしてください) ☐ 生ワクチン(ビケン/1回接種) ☐ 組換えワクチン (シングリックス/2回接種)	
医療機関	医療機関名	〇〇診療所
	住 所	〇〇県〇〇市〇〇 〇〇番地
	主 治 医	〇〇 〇〇
指定医療機関で 受けられない 理由	・かかりつけ医が県外であるため ・入院治療中であるため 等	

令和〇年 〇月〇日

申出者名 高島 太郎

住所 高島市新旭町〇〇 〇〇番地〇

電話番号 0740-25-〇〇〇〇

高島市長