

高齢者予防接種依頼書交付申請書

年 月 日

中間市長 様

申請者 住所 中間市

電話

氏名

⑩

被接種者との続柄 ( )

次の理由により、中間市が実施する予防接種法に基づく予防接種を福岡県予防接種広域化実施医療機関以外の医療機関や施設で受けますので、依頼書を交付していただきますよう申請します。

被 接 種 者	住 所	中間市
	氏 名	(代理人による申請の場合は自署) ⑩ 男 ・ 女
	生年月日	M・T・S 年 月 日生 ( 歳)
	委 任 欄	(代理人による申請の場合) <input type="checkbox"/> 申請の手続並びに依頼書の交付に関する権限を、申請者に委任します。
予防接種の種類 (希望するものに○印をつけてください)		高齢者インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌
他市町村で接種する理由		かかりつけ ・ 入院中 ・ 入所中
接種医療機関名		中間市 ・ 北九州市 ・ その他 医療機関名 ( )