第１号様式（第３条関係）

予防接種実施依頼申請書

令和　　年　　月　　日

　座間市長　殿

申請者　住所　〒

氏名

被接種者との続き柄

連絡先

　次のとおり他市町村で予防接種を受けるために、依頼書の発行を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | 生年月日（和暦）  年　　月　　日 |
| 氏名 |  | | | |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 生活保護受給者証　　あり　　　なし　※どちらかに〇をつけてください。 | | | | | |
| 被接種者  滞在先住所  滞在期間 | 住所 | 〒 | | | | |
| 滞在期間　　　　年　　月　　日～ | | | | |
| 実施医療機関 | 医療機関名 | |  | | | |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | |
| 依頼書送付先 | 〒  ※申請者へ送付します。それ以外の方は記入してください。 | | | | | |
| 予防接種の種類（〇をつける） | インフルエンザ | | | 接種予定日 | 年　　月　　日 | |
| 肺炎球菌感染症 | | | 年　　月　　日 | |
| 新型コロナウイルス感染症 | | | 年　　月　　日 | |
| 帯状疱疹（生ワクチン） | | | 年　　月　　日 | |
| 帯状疱疹（組換えワクチン） | | | （１回目）　　年　　月　　日  （２回目）　　年　　月　　日 | |
| 指定医療機関で予防接種を受けられない理由 |  | | | | | |