|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所長 | 次長 | 係長 | 担当 |
|  |  |  |  |

令和　　　　年　　　月　　　日

**B類　広域化予防接種依頼申請書**

人吉市長　様

申請者住所

申請者氏名

代理人氏名

（続柄：　　　　）

下記の理由により、居住地以外の市町村の医療機関において個別予防接種を希望しますので、

申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 氏名 | （ふりがな） | | | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　　　年　　　　月　　　　日生　　（　　　　歳） | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | |
| 代理人氏名 | （続柄　　　） | | | | 電話番号 | |  |
| 滞在先 | 〒 | | | | | | |
| 滞在期間 | 年　　　　月　　　　日　　から  　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　まで | | | | | | |
| 申請理由 | |  | | | | | | |
| 希望する  ワクチンの種類  （〇をつけてください） | | 高齢者肺炎球菌 | | | | | | |
| 帯状疱疹（生ワクチン　　組換えワクチン1回目　２回目） | | | | | | |
| インフルエンザワクチン | | | | | | |
| 新型コロナワクチン | | | | | | |
| 接種希望  医療機関 | | 医療機関所在地  医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL | | | | | | |
| 保健センター記入欄 | | 発行者 |  | 確認者 |  | |