

所長	係長	担当	保健総務係
----	----	----	-------

※赤色の部分の記入をお願いします。

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 人吉市〇〇町 123 番地

申請者氏名 人吉 太郎

代理人氏名 人吉 花子
(続柄： 子)

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) ひとよし たろう 人吉 太郎		
	生 年 月 日	大正・昭和 〇年 〇月 〇日生 (〇〇歳)		
	住 所	人吉市〇〇町 123 番地		
	代 理 人 氏 名	人吉 花子 (続柄 子)	電話番号	000-123-456
	滞 在 先	〒123-456 熊本県〇〇市〇〇町 1111		
	滞 在 期 間	〇年 〇月 〇日 から 〇年 〇月 〇日 まで		
申 請 理 由		(例) 住所地外の施設に入所しているため		
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		
		带状疱疹 (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 熊本県〇〇市〇〇町 222 医療機関名 □□病院 TEL 123-456-789		

保健センター記入欄			
申請受付日 (/)	予診票発行日 (/)	発行者()	確認者()
□市住民	□対象者確認	□生保(有 ・ 無)	□予診票渡し (/)