

(あて先) 浜松市長

申 請 者 住 所

氏 名

T E L

相互乗り入れ予防接種依頼交付申請書

下記の者の、予防接種依頼書の交付申請をいたします。  
記

|          |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |    |    |       |
|----------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|----|-------|
| 被接種者     | 住 所  | 浜松市 区                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |    |    |       |
|          |      | T E L ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |    |    |       |
|          | ふりがな |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |    |    |       |
|          | 氏 名  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |    |    |       |
|          | 生年月日 | 年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 月 | 日生 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 予防接種の種類等 |      | <div><input type="checkbox"/>インフルエンザ</div> <div><input type="checkbox"/>新型コロナウイルス</div> <div><input type="checkbox"/>高齢者用肺炎球菌</div> <div><input type="checkbox"/>带状疱疹</div> <div><input type="checkbox"/>生ワクチン</div> <div><input type="checkbox"/>不活化ワクチン ( <input type="checkbox"/>1回目 <input type="checkbox"/>2回目 )</div> <div>(公費負担区分)</div> <div><input type="checkbox"/>一部公費負担</div> <div><input type="checkbox"/>全部公費負担 (生活保護受給者、非課税世帯に属する者等)</div> |   |    |    |       |
| 医療機関所在地  |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |    |    |       |
| 医療機関名    |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |    |    |       |
| 郵送先      |      | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |    |    |       |
| 備考       |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |    |    |       |