

高齢者の予防接種をご希望の方用（記入例）

第1号様式（第5条関係）

予防接種依頼書発行申請書

年 月 日

申請書をご記入いただく方（予防接種を受ける本人またはご家族）の住所・氏名・連絡の取れる電話番号を記入します。
※申請者宛に必要な書類を発送します

申請者 住所 越谷市東越谷〇〇-〇
氏名 越谷 〇〇 (子)
電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇

ご家族の場合は続柄を記入します。

記入漏れ等があった際にご連絡させていただきます。

依頼書の発行を申請します。

記

| | | | | |
|--------------------|--|-------------------|-------------------|-----------|
| 予防接種の種類 ※該当欄に○印 | | ロタウイルス（ロタリックス） | | |
| | 【問合せ・送付先】 〒343-0023 埼玉県越谷市東越谷10-31 越谷市保健センター TEL:048-960-1100 FAX:048-967-5118 | | | |
| | | | | 回目・追加) |
| | | | | 回目・追加) |
| | | | | 回目・追加) |
| | | | | 回目・追 |
| | | | | 期) |
| | | | 麻しん風しん混合 | (期) |
| | | | 麻しん | (期) |
| | | | 風しん | (期) |
| | | | 水痘 | |
| | | | 日本脳炎 | (期) |
| | | | ヒトパピロー | (期) |
| | | | RSウイルス母子 | (回数 週 日) |
| | | ○ | 高齢者インフルエンザ | |
| | ○ | 高齢者新型コロナウイルス | | |
| | ○ | 高齢者肺炎球菌 | | |
| | | 高齢者带状疱疹（ビケン） | | |
| | ○ | 高齢者带状疱疹（シングリックス） | (2 回目) | |
| | | 被接種者氏名 | S 3 6 年 1 0 月 1 日 | |
| | | 住 所 | | |
| | | 保護者氏名 | | |
| | | 依頼書送付先 | | |
| | | 申請理由 | | |
| | | 接種場所 | | |
| | | 埼玉県立小児医療センター | | |
| | | 中川の郷療育センター | | |
| | ○ | 他市町村 (都道府県 区市町村) | | |
| | | 医療機関名 () | | |

ご希望の種類に○をつけて下さい。

インフルエンザと新型コロナウイルスの対象者は接種日に65歳以上の方です。

希望する回数を記入してください。

被接種者氏名 ふりがな 越谷 〇△
住 所 (申請者と異なる場合) 越谷市越ヶ谷△△-△

保護者氏名 ふりがな
依頼書送付先 ※必要時に記入

申請理由

接種場所 ※該当欄に○印
埼玉県立小児医療センター
中川の郷療育センター
他市町村 (都道府県 区市町村)
医療機関名 ()