

高齢者インフルエンザ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）

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

予防接種依頼書発行申請書

年 月 日

申請者 住所 越谷市東越谷〇〇-〇〇
 氏名 越谷 花子 (娘)
 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。

下の欄の発行を申請します。

記

予防接種の種類 ※該当欄に○印	<input type="checkbox"/>	ロタ〔弱毒生ヒトロタウイルスワクチン〕(ロタリックス) (回目)	
	<input type="checkbox"/>	ロタ〔経口弱毒生ロタウイルスワクチン〕(ロタテック) (回目)	
	<input type="checkbox"/>	B型肝炎(回目)	
	<input type="checkbox"/>	ヒブ	
	<input type="checkbox"/>	小児用肺炎球菌	
	<input type="checkbox"/>	B C G	
	<input type="checkbox"/>	ポリオ	
	<input type="checkbox"/>	4種混合	
	<input type="checkbox"/>	2種混合 (期)	
	<input type="checkbox"/>	麻しん風しん混合 (期)	
	<input type="checkbox"/>	麻しん (期)	
	<input type="checkbox"/>	風しん (期)	
	<input type="checkbox"/>	水痘 (回目)	
<input type="checkbox"/>	日本脳炎 (期)		
<input type="checkbox"/>	ヒトパピローマウイルス (回目)		
<input checked="" type="checkbox"/>	高齢者インフルエンザ		
<input type="checkbox"/>	高齢者肺炎球菌		
被接種者氏名	こしがや たろう 越谷 太郎	被接種者 生年月日	明治・大正・昭和 32年 10月 1日
住所 (申請者と異なる場合)	越谷市越ヶ谷△△-△△		
保護者氏名			
滞在先 ※必要時に記入			
申請理由	県外の病院で接種を希望する為、施設で接種する為など		
接種場所 ※該当欄に○印	<input type="checkbox"/>	埼玉県立小児医療センター	
	<input type="checkbox"/>	中川の郷療育センター	
	<input type="checkbox"/>	他市町村 (都道府県 区市町村)	
<input checked="" type="checkbox"/>	その他 (〇〇病院 □□県△△市〇〇1-2-3)		

【問合せ・送付先】
 所在地：〒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

高齢者インフルエンザに○をつけます。

対象者は接種日に65歳以上の方です。

予防接種を受ける方の名前・住民票のある住所(申請者と異なる場合)を記入します。

医療機関名・医療機関の所在地(都道府県・区市町村名・番地まで)を記入します。
 施設で接種予定の方は施設の往診医が所属する医療機関名と所在地を記入します。