予防接種法に基づく予防接種予診票発行申請書

令和　　　年　　　月　　　日

（　あ　て　先　）　白　岡　市　長

申請者氏名

住　　　所

電話番号　　　　　　　（　　　）

被接種者との続柄

下記のとおり予防接種法に基づく予防接種を医療機関で受けたいので、予防接種予診票を発行していただきたく申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 白岡市 |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 予防接種名 | **新型コロナウイルス感染症予防接種・高齢者インフルエンザ予防接種** | |
| 接種希望  医療機関等 | （　　　　　　　　市・区・町・村） | |
| 入所施設名 | （　　　　　　　　市・区・町・村） | |
| 理由 | ・かかりつけ医  ・施設入所・入院中（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・６０歳から６４歳までのかた・・・下記のかっこ内の理由を囲む  （心臓疾患・腎臓疾患・呼吸器疾患・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害） | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※市記入欄 | 相互乗入れ | ・協力医　　・協力医ではない（契約　 済 ・ 未） |