新ひだか町定期予防接種指定外医療機関等での接種依頼書

令和　　年　　月　　日

新ひだか町長　　様

申請者　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

接種者との関係 ＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

このことについて、下記により指定外医療機関での定期予防接種を申請いたします。

記

<table>
<tr><td rowspan="2">接種を受ける方</td><td>ふりがな
氏　名</td><td></td><td>性別</td><td>男
女</td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="6">〒
北海道日高郡新ひだか町</td></tr>
<tr><td colspan="2">保護者氏名
※B類疾病は不要</td><td colspan="3"></td><td>電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">予防接種の種類</td><td colspan="6">☐高齢者インフルエンザ　　☐帯状疱疹ワクチン
☐高齢者新型コロナウイルス感染症　　☐高齢者肺炎球菌ワクチン</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">接種希望医療機関</td><td>名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">依頼理由</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">滞在連絡先</td><td colspan="6">〒</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>