B 類予防接種依頼書交付申請書

令和　　年　　月　　日

滝川市長　様

住　所
申請者
氏　名　　㊞
続柄（　　）

予防接種依頼書の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

記

ふ　り　が　な		性別	男・女
被接種者氏名			
生年月日			
住民基本台帳登録地 （住所）			
電話番号	自宅		
	携帯		
滞在先の住所等	［電話］　　（　）		
希望する予防接種 （該当項目に○をつけてください）	（　）高齢者インフルエンザ （　）高齢者肺炎球菌 （　）高齢者新型コロナウイルス		
接種を希望する機関名 （接種場所）	病院名： 所在地：		
市外で接種する理由 （該当項目に○をつけてください）	（　）長期入院のため （　）市外施設に入所中であるため （入所施設名：　　） （　）その他（　　）		

【申請書送付先】

〒073-0032　滝川市明神町１丁目５番32号滝川市保健センター　健康づくり課健康増進係