

B類疾病予防接種実施依頼書交付申請書

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			
被 接 種 者 氏 名		性別	男・女
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 ( ) 帯状疱疹 ( ) 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