

令和 年 月 日

中野区長あて

申請者

住所 〒

フリガナ

被接種者との続柄

氏名

()

電話

()

高齢者定期予防接種依頼書交付申請書

下記の理由により、中野区において予防接種を受けることができないので、予防接種依頼書の交付を申請します。

被接種者氏名	フリガナ _____	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
被接種者住所	東京都中野区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 マンション名・部屋番号 ()		
予防接種の種類 ※ 希望をする予防接種に✓をお願いします。	<input type="checkbox"/> 带状疱疹定期予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌定期予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症予防接種		
中野区で接種を受けることができない理由	理由	<input type="checkbox"/> 介護施設に入所中の為 <input type="checkbox"/> かかりつけ医での接種希望 <input type="checkbox"/> その他 ()	
滞在先	郵便番号 〒 _____	医療施設に入院中の為	
	住所 _____ 都・道府・県 _____ 市	親族宅に長期滞在の為	
	氏名又は名称等 _____		
接種を希望する医療機関	住所 _____ 都・道府・県 _____ 市		
	名称 _____		
	電話 () _____		
依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所へ送付 <input type="checkbox"/> 滞在先へ送付 <input type="checkbox"/> その他 ()		

【職員記入欄】