

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。	☐ 带状疱疹定期予防接種 ☐ 高齢者肺炎球菌定期予防接種 ☐ 高齢者インフルエンザ予防接種 ☐ 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 ☐ 介護施設に入所中の為 ☐ 医療施設に入院中の為 ☐ かかりつけ医での接種希望 ☐ 親族宅に長期滞在の為 ☐ その他 ()		
滞 在 先	郵便番号 〒 -		
	住 所 都・道 府・県 市		
	氏名又は名称等		
	電 話 ()		
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	☐ 申請者住所へ送付 ☐ 滞在先へ送付 ☐ その他 ()		
【職員記入欄】			