

高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチン予防接種依頼書交付申請書

荒川区長 殿

令和 年 月 日

下記のとおり予防接種を受けたいので依頼書の交付を申請します。

被接種者 (申請者)	住所 荒川区 丁目 番 一 号	TEL ()
	フリガナ _____ 男・女	生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン	
依頼理由	<input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他()	
	施設・病院の名称・所在地	
依頼文書の宛名	※市町村長名・施設名・医療機関名など	
依頼文書の 郵送先	住所 〒	氏名・名称 ※市町村・施設・病院の場合は担当部署と担当者名も記入してください。 TEL ()
接種費用を 申請いただく 交付申請書 兼請求書の 郵送先	<input type="checkbox"/> 上記（依頼先文書の郵送先）と同じ	
	住所 〒	氏名・名称 ※法人へ郵送する場合は、法人名、担当部署、氏名を記入してください。 TEL ()
接種予定日 (接種済みの場合は接種日)	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン
	令和 年 月 日	令和 年 月 日

予防接種を希望する医療機関及び医師名

所在地	
医療機関名	
医師名	TEL ()

※被接種者(申請者)が記入できない場合は、代理の方が申請してください。
なお、B類疾病は被接種者の判断に基づいて行うものです。

代理申請者	氏名	
	住所 丁目 番 一 号	
	被接種者との関係 _____	TEL ()