

「予防接種実施依頼書」発行申込書（高齢者用）

令和 年 月 日

（あて先）福岡市長

①申請者氏名 被接種者との続柄（関係） []

被接種者	ふりがな		
	②氏名		
	③生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
④現住所 （住民票所在地）		〒 - 福岡市 区	
連絡先		電話番号	()
⑤滞在先住所		〒 -	
連絡先		世帯主名	
		電話番号	()
⑥理由 （該当するものにチェックをつけてください。）		<input type="checkbox"/> 依頼先にある施設に入所中のため <input type="checkbox"/> 依頼先にある医療機関に入院、通院中のため <input type="checkbox"/> その他 ()	
⑦希望する予防接種 （希望するものにチェックをつけてください。）		<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナ	
⑧備考			
⑨接種予定医療機関 （又は市町村） 及び医師名		医療機関名（又は市町村名）	
		医療機関（又は市町村） の住所	〒 -
		連絡先電話番号	()
		医師名（集団接種の場合は不要）	
⑩送付先 （希望するものにチェックをつけてください。）		<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> その他 ()	
⑪意思確認 （被接種者と申請者が異なる場合、チェックをつけてください。）		<input type="checkbox"/> 被接種者が、⑦の予防接種を希望していることを確認した。	

※記載された事項について、お電話等で問い合わせさせていただくことがあります。