

「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	明治・大正・昭和	年 月 日（満 歳 月）
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	〒	—	
		世帯主名	
	連絡先	電話番号	()
⑥理由 （該当する番号に○をつけてください。）	1 依頼先にある施設に入所中のため 2 依頼先にある医療機関に入院，通院中のため 3 その他 ()		
⑦希望する予防接種 （希望するものに○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		
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○をつけてください。）	1 現住所 2 滞在先住所 3 その他 ()		
⑪意思確認 （被接種者と申請者が異なる場合、□に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。