

「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 (満 歳)	
④現住所 (住民票所在地)		〒 ー 福岡市 区	
連絡先		電話番号	()
⑤滞在先住所		〒 ー	
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"/> 高齢者带状疱疹 <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	〒 ー
		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。