

「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)	〒 - 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"/> 高齢者帯状疱疹 <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	〒 -					
	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。