

予防接種実施依頼書発行願い

宗像市長 あて

令和 年 月 日

申請者	住所	〒
	氏名	(被接種者との続柄：)
	電話番号	

下記の者について、予防接種実施依頼書を発行願います。

被接種者	住所	〒 宗像市
	氏名	
	生年月日	昭和 年 月 日
被接種者 滞在地 (住所地と 異なる場合 記入)	住所	〒
	施設等名称	
	電話番号	
依頼理由 (該当するものに○)		1. 医療機関に入院中のため 2. 施設入所中のため 3. その他 ()
希望する予防接種 (該当するものに○)		1. 高齢者の肺炎球菌 2. 高齢者の带状疱疹 (生ワクチン ・ 組換えワクチン) 3. インフルエンザ(10月以降実施。依頼書発行は10月1日以降となります) 4. 新型コロナ(10月以降実施。依頼書発行は10月1日以降となります)
接種予定の 医療機関	所在地	〒
	名称	
	代表者	
	電話番号	
送付先 (希望するものに○)		1. 被接種者住所(宗像市の住民登録住所) 2. 滞在地 3. その他 ()

※申請書に記載していただいた個人情報は、予防接種実施依頼書発行についての申請の審査、依頼書発行のために利用します。

※記載された事項について、電話等で確認させていただくことがあります。

受付日