

令和7年度 釜石市高齢者広域予防接種（インフルエンザ・新型コロナウイルス）

実施依頼申請書

令和 年 月 日

釜石市長 宛て

申請者 住所 _____

 氏名 _____
 接種者との続柄（ _____ ）
 （電話番号 _____ ）

予防接種法に基づき釜石市が実施する高齢者広域予防接種を受けたいので、下記により予防接種受診票(受診券)の発行を申請します。

| | | | | |
|--|---|-------|---|-----|
| 予防接種の種類 (該当するものを <input checked="" type="checkbox"/> してください) | <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 | | | |
| 被接種者 (予防接種を受ける人) | 住所 | 釜石市 | | |
| | フリガナ | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 大正・昭和 | 年 | 月 日 |
| | 電話番号 | | | |
| 入院・入所先名称 | | | | |
| 入院・入所先住所 | 〒 | | | |
| 接種依頼先 医療機関名 | | | | |
| 接種依頼先 住所・電話番号 | 〒 電話番号 | | | |
| 理 由 (該当するものを <input checked="" type="checkbox"/> してください) | <input type="checkbox"/> かかりつけ医で接種したいため <input type="checkbox"/> 入院・施設入所中のため <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | | | |
| 書類送付先 (該当するものを <input checked="" type="checkbox"/> してください) | <input type="checkbox"/> 滞在先住所（入院・入所先等） 宛名（ _____ ） <input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ <input type="checkbox"/> その他 〒 | | | |