

定期予防接種依頼書交付申請書（高齢者）

定期予防接種実施依頼書の発行を以下のとおり希望します。

被接種者（予防接種を受ける方）について			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		年月日	
住所	守谷市	電話番号	
被接種者と異なる連絡者がいる場合は記入してください。（代理申請時に使用）			
フリガナ		続柄	
氏名			※親族のみ
住所	※被接種者と異なる場合のみ記入	電話番号	※被接種者と異なる場合のみ記入
接種する予防接種の種類			
<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌		<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ	
接種予定医療機関名を記入してください。 ※医療機関宛で予防接種実施依頼書を作成しますが、施設入所中の方は事前に宛先を確認し、宛先の名称（施設名・病院名）を記入してください			
病院名（施設名）：			
守谷市が発行した予診票はお持ちですか。			
<input type="checkbox"/> 手元に持っている		<input type="checkbox"/> 持っていない	
申請理由（その他を選択した場合は理由も書いてください。）			
<input type="checkbox"/> かかりつけ医で接種するため		<input type="checkbox"/> 入院・入所中であるため	
<input type="checkbox"/> その他（理由： _____）			
書類送付先			
<input type="checkbox"/> 被接種者住所		<input type="checkbox"/> 代筆者住所（被接種者と住所が異なる場合）	
<input type="checkbox"/> その他（以下に書類送付先を記入）			
〒 _____			
世帯主名			
・施設名	例）〇〇様方、〇〇病院〇〇号室など		