

高齢者インフルエンザ予防接種実施依頼申請書

申請日 令和 年 月 日

福知山市長 様

申請者 住 所 〒

氏 名 (続柄)

電 話 ()

予防接種を 受ける人	ふりがな 氏 名		生年月日 明治 ・大正 ・昭和 年 月 日
	住 所	福知山市	電話 —
接 種 予 定 日	令和 年 月 日		
滞 在 先 住 所 名 称 (病院・施設)	〒 様方 電話		
申請理由	・施設入所中 ・入院中 ・その他 ()		
依 頼 先 住 所 名 称 (病院・施設)	〒 — 主治医・市町村長等 [] 電話		
特記事項			

*これより、下記は記入しないでください。

受 付 日 : 令和 年 月 日 受付者サイン _____

接種区分 依頼書発行 (接種医療機関院長宛 ・ 市町村長宛) ・ 個別委託契約
送付先 ()
無料申請 なし・あり (該当 ・ 非該当)

福知山市福祉保健部健康医療課