

令和 年 月 日

## 予防接種実施依頼書交付申請書

大仙市長 様

申請者

氏名 (続柄: )

住所

電話番号

秋田県外で予防接種を受けるため、予防接種依頼書の交付を申請します。  
なお、接種医療機関からは予防接種の実施について承諾を得ています。

接種者	ふりがな		生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日
	氏名				
	住所	〒 秋田県大仙市			
滞在先住所	〒 都道府県 区市町村				
滞在予定期間	年 月 日 から 年 月 日まで				
予防接種の種類	高齢者肺炎球菌				
* 接種を希望する 予防接種に ○印をつけてください。	高齢者インフルエンザ				
	高齢者新型コロナ				
県外予防接種 申請理由 ※該当する番号に ○印をつけてください。	1. 県外の病院に入院しているため 2. 大仙市に住所を置いたまま県外で生活しており、県外での医療機関で接種希望するため 3. その他 ( )				
接種医療機関	医療機関名 ( )				
	住所 〒				
	電話番号				
依頼書送付先 * どちらかに○を付 けて下さい	1. 大仙市住所 2. 滞在先住所				