

予防接種実施依頼書交付申請書

大 仙 市 長 様

申請者

氏名 大仙 太郎 (続柄： 父)

住所 大仙市〇〇〇〇1-1

電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

日中連絡のとれる番号を記入

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	だいせん はなこ	生年月日	大正 昭和 平成	〇 年 〇 月 〇 日
	氏名	大仙 花子			
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 秋田県大仙市〇〇〇〇			
滞在先住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇 都道府県 〇〇 区市町村 (書類等を郵送する際に使用しますので、 アパートの場合は、部屋番号までご記入ください)				
滞在予定期間	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 から 〇〇 年 〇 月 〇 日まで				
予防接種の種類 * 接種を希望する 予防接種に ○印をつけてください。	定期帯状疱疹				
	高齢者肺炎球菌				
	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 (〇〇 医院)				
	住所 〒 〇〇〇-△△△△ 〇〇県〇〇市××××1-1 (書類等を郵送する際に使用します)				
	電話番号 〇〇〇〇-××-△△△△				
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				

施設等へ入所されている方で、退
所時期が未定の方に関しては、入
所開始日のみ記載してください。