

新宮町高齢者インフルエンザ予防接種依頼申請書

年 月 日

新 宮 町 長 様

申請者氏名 印

高齢者インフルエンザ予防接種を希望しますので依頼書の交付を申請します。

記

予防接種を受ける者	住 所	新宮町			
	氏 名		電話番号		
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日 生（満 歳）
申 請 者	住 所				
	氏 名	（被接種者との続柄）			
	日中の連絡先	携帯電話	— —	自宅電話	— —
依頼理由 該当するものに ○を付す	1 施設入所中（入院中）等で福岡県医師会加入医療機関での接種が不可能なため 2 その他（理由： ）				
予 防 接 種 依 頼 先 (医師会外)	医療機関・施設名				
	接 種 医 師 名				
	連 絡 先	（住所）〒 — — （電話） （担当者） 様			

※枠内は全て記入してください。接種医師名が不明な場合、依頼先の担当者は必ず明記してください。
 ※医療機関に提出する依頼書は申請書受理後、約1週間後に申請者のご住所へ送付します。依頼書を取得してから予防接種を受けるように注意してください。
 ※自己負担額1,600円はかかります。