

和泉市長 宛

施設・医療機関名 _____

代表者氏名 _____ 印

所在地 _____

電話番号 () _____

担当課・担当者名 _____

高齢者インフルエンザ予防接種依頼状申請書

貴市に住民登録のある下記の対象者が当（施設・病院）に入院・入所中であり、高齢者インフルエンザ予防接種の実施を希望しているため、高齢者インフルエンザ予防接種を、_____（都・道・府・県）_____（市・区・町・村）内にある当機関で接種いたしたく存じますので、高齢者インフルエンザ予防接種依頼状を発行願います。

申請日	令和 年 月 日		
受付方法	電話 ・ 来所 ・ その他 ()		
受入市町村への確認	料金	有料 ・ 無料	
	実施方法	個別 ・ 集団	
	依頼状提出方法	担当課へ持参 ・ 医療機関へ持参	
	依頼状宛先	市長・医療機関名 ()	

(ふりがな) 届出人氏名	性別	生年月日	年齢	住民票のある住所地	印
	男 女	M・T・S 年 月 日	歳	和泉市	
	男 女	M・T・S 年 月 日	歳	和泉市	
	男 女	M・T・S 年 月 日	歳	和泉市	
	男 女	M・T・S 年 月 日	歳	和泉市	
	男 女	M・T・S 年 月 日	歳	和泉市	

(施設・医療機関用)