

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 _____

高齡者定期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、高齡者定期予防接種の実施を希望しているため、高齡者定期予防接種を、
 _____（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、高齡者定期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	
	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	市長宛て ・ 医療機関宛て	
接種医療機関：	所在地：		

氏名	ふりがな	性別	住民票のある住所地	予防接種の種類		印
				※対象のワクチンの□に チェックしてください		
生年月日						
		男	和泉市	インフルエンザワクチン	<input type="checkbox"/>	
生年月日	T・S 年 月 日（ ）	女		新型コロナワクチン	<input type="checkbox"/>	
		男	和泉市	インフルエンザワクチン	<input type="checkbox"/>	
生年月日	T・S 年 月 日（ ）	女		新型コロナワクチン	<input type="checkbox"/>	
		男	和泉市	インフルエンザワクチン	<input type="checkbox"/>	
生年月日	T・S 年 月 日（ ）	女		新型コロナワクチン	<input type="checkbox"/>	
		男	和泉市	インフルエンザワクチン	<input type="checkbox"/>	
生年月日	T・S 年 月 日（ ）	女		新型コロナワクチン	<input type="checkbox"/>	
		男	和泉市	インフルエンザワクチン	<input type="checkbox"/>	
生年月日	T・S 年 月 日（ ）	女		新型コロナワクチン	<input type="checkbox"/>	

(施設・医療機関用)

記入見本

和泉市長 宛

公印、もしくは代表者様認印
を押印して下さい。
(印漏れは無効となります)

令和 年 月 日

接種予定の市町村の予防接種の取り決めをされている所へお電話を入れて頂き、料金・依頼状の提出方法・宛先の確認をして頂いてからご記入ください

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 _____

高齢者定期予防接種依頼状申請書

貴市に記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、高齢者定期予防接種の実施を希望しているため、高齢者定期予防接種を、
●●●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、高齢者定期予防接種依頼状を発行願います。

申請日	令和 6 年 10 月 1 日
受付方法	電話 ・ 来所 ・ その他 (郵送)
受入市町村への確認	料金 金 有料 ・ 無料
	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
接種医療機関	●●●病院 所在地： ●市●町●番地

氏名	ふりがな	性別	住民票のある住所地	予防接種の種類		印
				※対象のワクチンの口に チェックしてください		
和泉 花子	いずみ はなこ	男	和泉市	インフルエンザワクチン	<input checked="" type="checkbox"/>	和泉
生年月日 T・S 24 年 10 月 1 日 (74)		女	府中町 2丁目 7番 5号	新型コロナワクチン	<input type="checkbox"/>	
		男	和泉市	インフルエンザワクチン	<input type="checkbox"/>	
生年月日 T・S 年 月 日 ()				新型コロナワクチン	<input type="checkbox"/>	
生年月日 T・S 年 月 日 ()				インフルエンザワクチン	<input type="checkbox"/>	
生年月日 T・S 年 月 日 ()		女		新型コロナワクチン	<input type="checkbox"/>	
生年月日 T・S 年 月 日 ()		男	和泉市	インフルエンザワクチン	<input type="checkbox"/>	
生年月日 T・S 年 月 日 ()		女		新型コロナワクチン	<input type="checkbox"/>	
生年月日 T・S 年 月 日 ()		男	和泉市	インフルエンザワクチン	<input type="checkbox"/>	
生年月日 T・S 年 月 日 ()		女		新型コロナワクチン	<input type="checkbox"/>	

インフルエンザと新型コロナ両方の場合は 2箇所 にチェックを入れて下さい

シャチハタ以外の印鑑で押印してください。(委任状を兼ねている為)

(施設・医療機関用)