

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 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
生年月日						※対象のワクチンの□に チェックしてください		
				男	和泉市	インフルエンザワクチン	☐	
生年月日	T・S	年	月 日 ()	女		新型コロナワクチン	☐	
				男	和泉市	インフルエンザワクチン	☐	
生年月日	T・S	年	月 日 ()	女		新型コロナワクチン	☐	
				男	和泉市	インフルエンザワクチン	☐	
生年月日	T・S	年	月 日 ()	女		新型コロナワクチン	☐	
				男	和泉市	インフルエンザワクチン	☐	
生年月日	T・S	年	月 日 ()	女		新型コロナワクチン	☐	
				男	和泉市	インフルエンザワクチン	☐	
生年月日	T・S	年	月 日 ()	女		新型コロナワクチン	☐	
				男	和泉市	インフルエンザワクチン	☐	
生年月日	T・S	年	月 日 ()	女		新型コロナワクチン	☐	

(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
担当部署へお電話を入れて
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
たたく存じため、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 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
生年月日				※対象のワクチンの□に チェックしてください	
和泉	花子	男	和泉市	インフルエンザワクチン	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	
		男	和泉市	インフルエンザワクチン	
生年月日	T・S 年 月 日 ()			新型コロナワクチン	
				インフルエンザと新 型コロナ両方の場合 は 2 箇所チェック を入れて下さい	
生年月日	T・S 年 月 日 ()	女		インフルエンザ以外の印鑑で押 印してください。(委任状を 兼ねている為)	
		男	和泉市	新型コロナワクチン	
生年月日	T・S 年 月 日 ()	女		インフルエンザワクチン	
		男	和泉市	新型コロナワクチン	
生年月日	T・S 年 月 日 ()	男	和泉市	インフルエンザワクチン	
生年月日	T・S 年 月 日 ()	女		新型コロナワクチン	

(施設・医療機関用)