

小国町長 様

予防接種 広域化予診票・依頼書交付申請書（成人用）

下記のとおり、申請しますので、町が委託する医療機関以外での定期の予防接種または依頼状の発行をお願いします。

接種対象者	ふりがな		生年月日	大正・昭和		
	氏 名	㊦		年	月	日
	住 所	阿蘇郡小国町大字 番地				
	電話番号	電話 ()				
入所中の場合記入	施設名	(担当者)				
	所在地	〒 —				
	電話番号	電話 ()				
予防接種の種類 (番号を○で囲む)	1. 高齢者用肺炎球菌ワクチン 2. インフルエンザワクチン (今年度 回目) ※同じ年度で2回目の接種は定期接種の対象外となります 3. 新型コロナウイルスワクチン 4. 带状疱疹 ワクチン					
予防接種を受ける 医療機関	医療機関名 ----- 住 所 ----- 電 話 番 号 -----					
上記医療機関で 接種する理由	☐ かかりつけ医のもとで接種を受けたいため ☐ (入院中・入所中)のため 施設名 () ☐ 住所外で生活しているため ☐ その他 ()					
意思確認の有無	接種対象者の自らの意思と責任で接種を希望することが できる ・ できない ※意思確認ができない場合は任意接種となります					
予診票・依頼書の 送付先	☐ 窓口で手渡し ☐ 接種対象者住所へ郵送 ☐ 申請者住所へ郵送 ☐ その他 〒 — } ※依頼書の発行、 または郵送で申請を 受付した場合のみ 選択可					

◆代理人が申請する場合

(住所) 〒 —	(電話番号)

(氏名)	(申請者との関係) ☐ 施設職員等
----- ㊦ -----	

※小国町確認欄

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ 接種履歴(肺炎球菌のみ)
(有・無) | ☐ システム (名前・年齢・住所) | ☐ 依頼書の交付(指定医療機関以外) |
| ☐ 予診票の受け取り(肺炎球菌のみ)
(済・未) | ☐ 医療機関(広域化・広域化以外) | (済・未) |
| | ☐ 予診票の交付 (済・未) | |
- 受付者サイン _____