

秦野市高齢者予防接種区域外接種申請書

年 月 日

（宛先） 秦野市長

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電話番号 _____

次のとおり、予防接種を受けたいので申請します。

対象者	ふりがな	
	氏名	生年月日 年 月 日
	住所	秦野市 (※申請者住所と異なる場合に記入)
実施医療機関名		
所在地・電話	〒	— TEL ()
申請理由	該当する番号を○で囲んでください。 1 かかりつけの医療機関での接種を希望 2 疾病等により、入院又は通院 3 市外滞在中で、秦野市委託医療機関での接種が困難 4 その他 ()	
予防接種の種類	☐ 高齢者インフルエンザ予防接種 ☐ 高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種 ☐ 高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種	
依頼期間（接種予定日）	年 月 日から 年 月 日まで	
連絡先住所等 (※入院等の理由で、連絡先が異なる場合に記入)	〒	— TEL ()