

受付印

## 定期予防接種依頼願

府中市長 様

当該予防接種について接種者本人が接種を希望しています。

病院及び施設入所中のため、次のとおり定期予防接種(B類)の申請をします。(対応者: )

申請者	施設・病院名
	住 所
	電 話 番 号 ( )
	代表者肩書・氏名
	担 当 者 氏 名

※実施医療機関が、被接種者の入院・入所先と異なる場合記載ください。

接種医療機関名	
電 話 番 号	( )

【接種ワクチン】 ※希望する予防接種に○をしてください。

定期予防接種名	高齢者肺炎球菌(23価)・高齢者インフルエンザ
---------	-------------------------

【被接種者】

合計 名

	カナ氏名	生年月日	年齢 (歳)	住所	市使用欄
					住基確認
1		T・S 年 月 日		府中市	
2		T・S 年 月 日		府中市	
3		T・S 年 月 日		府中市	
4		T・S 年 月 日		府中市	
5		T・S 年 月 日		府中市	
6		T・S 年 月 日		府中市	
7		T・S 年 月 日		府中市	
8		T・S 年 月 日		府中市	
9		T・S 年 月 日		府中市	
10		T・S 年 月 日		府中市	

被接種者が10名を超える場合は、別紙『被接種者一覧』を使用して、申請ください。

※生活保護・中国在留邦人等の方は、接種前に「受給証明書」を提出により全額公費負担となります。

事前にご用意ください。

書類送付 ( / )

## 別紙

## 被接種者一覧

	カナ氏名	生年月日	年齢 (歳)	住所	市使用欄
					住基確認
11		T・S 年 月 日		府中市	
12		T・S 年 月 日		府中市	
13		T・S 年 月 日		府中市	
14		T・S 年 月 日		府中市	
15		T・S 年 月 日		府中市	
16		T・S 年 月 日		府中市	
17		T・S 年 月 日		府中市	
18		T・S 年 月 日		府中市	
19		T・S 年 月 日		府中市	
20		T・S 年 月 日		府中市	
21		T・S 年 月 日		府中市	
22		T・S 年 月 日		府中市	
23		T・S 年 月 日		府中市	
24		T・S 年 月 日		府中市	
25		T・S 年 月 日		府中市	
26		T・S 年 月 日		府中市	
27		T・S 年 月 日		府中市	
28		T・S 年 月 日		府中市	
29		T・S 年 月 日		府中市	
30		T・S 年 月 日		府中市	
31		T・S 年 月 日		府中市	
32		T・S 年 月 日		府中市	
33		T・S 年 月 日		府中市	
34		T・S 年 月 日		府中市	