

別記

様式第 1 号 (第 3 条関係)

年 月 日

多治見市長

予防接種実施依頼申請書 (B類疾病)

B類疾病に係る県外医療機関における予防接種費の償還払いに関する要綱第 3 条の規定に基づき、次の通り予防接種を受けたいので予防接種実施依頼書の交付を申請します。

予防接種名		☐ インフルエンザ予防接種 ☐ 肺炎球菌予防接種 ☐ 新型コロナ予防接種 ☐ 帯状疱疹予防接種 (生ワクチン・組換えワクチン)		
接種者氏名			生年月日	T・S 年 月 日 (満 歳)
住民票所在地		多治見市		
現在の居所	施設名			
	施設所在地			
	電話番号	()		
接種医療機関名				
医療機関所在地		〒		
申請事由		☐ 高齢者施設入所 ☐ その他 () ☐ 長期入院治療		

(申請者)

氏名: _____

住所: _____

被接種者との続柄: _____

日中連絡の取れる電話番号: _____

多治見市受付印

