

定期予防接種（B類）依頼書交付申請書

年 月 日

（あて先） 八千代市長

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____
 （被接種者との続柄） _____

下記のとおり、他市町村において定期予防接種（B類）を希望するので、予防接種依頼書の発行を申し込みます。

被接種者氏名	(フリガナ) _____
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生
住所	郵便番号 八千代市 電話番号 — —
入院・入所先又は 滞在先	郵便番号 電話番号 — —
実施医療機関名 (入院・入所先又は滞在先と 同じ場合は同上と記入)	郵便番号 電話番号 — —
予防接種の種類 (希望するものに○を付け てください)	1 インフルエンザ予防接種 2 高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種
依頼書送付先 (該当するものに○を付け てください)	1 自宅（八千代市の住所） 2 滞在地（ 様方） 3 接種希望医療機関 4 その他 郵便番号 _____ 住所 _____ ※郵送を希望する場合は、送付先に○を付けてください。
希望する理由 (該当するものに○を付け てください)	1 上記医療機関や施設に入院又は入所しているため。 2 上記の市区町村に滞在し、本市での接種が困難なため。 3 病気の主治医等による接種を希望するため。 4 その他 ()
接種予定日	年 月 日 ・ 未定