

定期B類予防接種依頼申請書

令和 年 月 日

中津市長 奥塚 正典 あて

申請者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
〒

住 所 \_\_\_\_\_

\*住所は被接種者と異なる場合ご記入ください

やむを得ない事情により、中津市が実施する定期B類予防接種を受けることが出来ませんので、下記にて接種を受けられますよう、お願い致します。

記

接種を受ける人	氏 名	
	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日生
	住 所	〒 中津市
接種医療機関名 及び所在市町村	医療機関名 : _____ 都 道 府 県 _____ 市 町 村	
予防接種の種類 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス	
理 由 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> かかりつけ医が大分県外にある。 <input type="checkbox"/> 大分県外の施設に入所している。 <input type="checkbox"/> 大分県外の医療機関に入院している。 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
医療機関あての依頼 書の送付先 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> 接種を受ける人の住所 <input type="checkbox"/> その他 〒	

※豊前築上医師会の一部の医療機関においては申請が不要な場合があります。