

春日部市予防接種依頼書（B類疾病）交付申請書

年 月 日

春日部市長 あて

申請者

下記のとおり、春日部市予防接種依頼書の交付を申請します。

記

予防接種を受ける人	現住所	春日部市		電話番号	( )
	フリガナ	-----		生年月日	年 月 日
	氏名			年齢	歳
予防接種の種類	1 高齢者インフルエンザ				
	2 高齢者用肺炎球菌				
	3 高齢者新型コロナウイルス感染症				
	4 高齢者帯状疱疹（1回目・2回目） （生ワクチンは1回、組換え（不活化）ワクチン2回）				
接種予定日	年 月 日				
理由	1 長期入院しているため				
	2 かかりつけ医が春日部市個別予防接種実施医療機関以外のため				
	3 施設に入所しているため				
	4 その他 ( )				
予防接種依頼先	医療機関名：		電話番号： ( )		
	所在地：				
備考					

送付先（現住所と異なる場合にご記入ください。）

氏名：

被接種者との関係：

住所：

電話番号： ( )