

高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票交付（再交付）申請書

年 月 日

花巻市長 様

【申請者】 住 所
氏 名
被接種者との続柄（本人・ ）
電 話
（ 携帯： - - ）

下記のとおり、予防接種予診票の交付（再交付）を申請します。

| | | |
|-------------------------------|--|----------------|
| 被 接 種 者 (接種を受ける人) | 氏 名 | (生年月日： 年 月 日生) |
| | 住 所 | 花巻市 |
| 確 認 事 項 | 今までに肺炎球菌ワクチン予防接種を受けたことがありますか。 ※該当する方に○をつけてください。 (ありません ・ あります) | |
| 理 由 ※該当するものに○をつけてください。 | 1. 紛失 2. 転入 3. その他 () | |
| 連 絡 先 ※申請者欄と異なる場合にご記入ください。 | 住所 | |
| | 氏名 | |
| | 電話 | |

| | | |
|------------------|--|----|
| 保健センター記入欄 受付日 | チェック | 備考 |
| | <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 健康カルテ履歴 <input type="checkbox"/> 送付状況 交付日 / 窓口・郵送 | |