【 県内 ・ 県外 】 予防接種依頼書交付願

高齢者

令和 年 月 日

(あて先) 静岡市保健所長

下記により、他市町村にて予防接種を受けたいのでよろしくお取り計らい願います。

記

被接種者	住 所	〒 静岡市		
	フリガナ 氏 名	-----		性 別 男 ・ 女
	生年月日	昭和 大正	年 月 日	年 齢 歳
	電 話			
申 請 者 (本人の場合は 記載不要)	住 所	〒		
	氏 名			
	電 話		被接種者と の続柄	
予防接種の種類	☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナ ☐ 帯状疱疹 (生ワクチン) (市からの通知 (原本) を添付) ☐ 帯状疱疹 (不活化ワクチン) (市からの通知 (原本) を添付) ☐ 肺炎球菌 (市からの通知 (原本) を添付)			
生活保護等 受給の有無	生活保護世帯、または世帯全員が非課税の世帯に該当する ☐ はい (※証明する書類を添付してください。) ☐ いいえ			
滞 在 先	〒			
	----- 電話			
依頼書送付先	☐ 被接種者の住所 ☐ 申請者の住所 ☐ 滞在先の住所			
接種希望医療機関	〒			
	----- 医療機関名	電話		
理 由				

担当 〒 420-0846 静岡市葵区城東町 24 番 1 号

静岡市保健所 感染症対策課 予防接種係 電話 054-249-3152、054-249-3173