

定期予防接種実施依頼書交付申請書（B類疾病）

年 月 日		
藤沢市長		
被接種者住所 〒		
フリガナ		
被接種者氏名		
フリガナ		
後見人等氏名		
他の市町村で定期予防接種を受けたいので、依頼書の交付をお願いします。 なお、この申請に関し被接種者の氏名、生年月日、住所等の確認のため、住民基本台帳情報を市長が利用することに同意します。		
被接種者氏名		
生年月日（年齢）	年 月 日 （ 歳 か月）	
接種場所 （市町村名及び医療機関名）		
予防接種の種類	高齢者インフルエンザワクチン	1回目
	高齢者新型コロナワクチン	1回目
	高齢者肺炎球菌ワクチン	1回目
	高齢者带状疱疹ワクチン	1回目 2回目
依頼理由		
連絡先（滞在場所等）	〒 住所 （ 方） 氏名・施設名 電話 （ ）	
依頼書送付先	・住所地 ・入所施設 ・連絡先 ・その他（ ） （ ）	
依頼書送付先宛名	・被接種者 ・後見人 ・その他（ ）	

※太枠の中をご記入ください。