

(別紙様式1)

他市町村での高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種願

令和 年 月 日

タ 張 市 長 様

1. 被接種者 住 所
氏 名
生 年 月 日 昭和 年 月 日(歳)
電 話 番 号

2. 接種を希望する 実 施 機 関 名
住 所
電 話 番 号

3. 接種歴 過去に肺炎球菌(23 価)ワクチンを接種したことが
ある ・ ない ・ 不明
(該当するものに○で囲んでください)

4. このたび高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種を()
に入所(入院)している事から、上記2で接種したいので、予防接種依頼書
を発行してくださるようお願い致します。

※添付書類 身分証明書(マイナンバーカード、健康保険証など)の写し