

高齢者予防接種施設接種申請書【代理申請】

令和 年 月 日

菊川市長宛

代理申請を行う施設等の名称

担当者 氏名

施設住所 〒

施設電話番号

接種医院名

接種医院住所 〒

代理して申請を行う被接種者

氏名	住民票に記載の住所	生年月日	接種ワクチン（1）から選択	接種予定日
（記入例）	●● ●●	●●年●●月●●日	①	○月○日 又は ○月上旬

（1）：①インフルエンザと新型コロナウイルスの両方 ②インフルエンザのみ ③新型コロナウイルスのみ ④高齢者肺炎球菌 ⑤带状疱疹