

定期接種（B類疾病）予診票交付申請書（広域）

申請日：令和 年 月 日

甲佐町長 様

定期接種（B類）を、かかりつけ医の _____ において接種を希望しますので、広域用の予診票の発行について申請します。

1. 予防接種の種類

インフルエンザ ・ 高齢者の肺炎球菌 ・ 新型コロナ

2. 申請者（窓口に来た人）

氏 名	
住 所	
連 絡 先 (電話番号)	
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 年 月 日 (満 歳)

3. 被接種者（接種を受ける人） 申請者 ・ 申請者以外

※ 申請者と被接種者が異なる場合のみ、ご記入ください。

氏 名	
住 所	
連 絡 先 (電話番号)	
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 年 月 日 (満 歳)
申請者との 続 柄	

申請者が被接種者本人以外の方について

今回の接種について、被接種者が接種を希望していますか。 はい ・ いいえ

※ 定期接種（B類）は、主に個人の予防目的のために行うことから、予防接種の対象者は、予防接種を受けるよう努める必要はなく、自らの意思と責任で接種を希望する場合のみに接種を行うこととなっています。本人の意思が確認できない場合は、任意接種となります。