

甲佐町予防接種実施依頼交付申請書（B類疾病用）

甲佐町長 様

下記について、甲佐町が実施する予防接種法に基づく予防接種を、甲佐町が委託している医療機関以外で接種することを希望しますので、依頼書の交付を申請します。

記

被接種者 (予防接種を受ける人)	住所	〒
	(ふりがな)	
	氏名	
	生年月日	
	電話番号	
予防接種の種類	高齢者の肺炎球菌 ・ インフルエンザ ・ 新型コロナ 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 組換え1回目 <input type="checkbox"/> 組換え2回目	
接種を希望する市町村名 又は医療機関名称	(医療機関所在地)	
委託医療機関で接種できない理由		
※記入者が被接種者以外の場合に記入	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類疾病）は、主に個人予防の目的のために行うことから、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にのみ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。	

※上記申請について、本人以外の者が代筆した場合は、代筆者氏名及び被接種者との続柄をご記入ください。

代筆者氏名 _____
 (被接種者との続柄： _____)