

インフルエンザ予防接種実施依頼申込書

市外の医療機関でインフルエンザの予防接種を希望される方は、下記を御記入いただき、依頼書の発行を受けてください。

※該当箇所の□には✓をし、他は記入してください。

被接種者の氏名	(フリガナ：)
申請者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人(氏名：) ・ 続柄()
連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他()
被接種者の生年月日・年齢 ・性別	大正・昭和 年 月 日 ()歳 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
被接種者の住所	熱海市
被接種者の健康保険の有無	<input type="checkbox"/> 健康保険に加入している <input type="checkbox"/> 生活保護を受けている
インフルエンザ予防接種を受ける医療機関の名称	
インフルエンザ予防接種を受ける医療機関の住所	
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 本人(被接種者) <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 接種を受ける医療機関 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> その他() } 下記に送付先情報を記入してください
依頼書の送付先情報 住所・宛名・電話番号	〒 — 電話番号： 宛