**予防接種実施依頼申込書**

県内(相互乗入)用

市外の医療機関で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。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望する予防接種 | □高齢者肺炎球菌　□高齢者インフルエンザ  □新型コロナウイルス感染症  □帯状疱疹（乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」）  □帯状疱疹(乾燥組換え帯状疱疹ワクチン「シングリックス」) |
| 被接種者の氏名 | (フリガナ： ) |
| 申請者 | □本人  □代理人(氏名：　　　　　　 　　　・続柄( 　　　) |
| 連絡先電話番号 | □本人　□代理人　□その他( ) |
| 被接種者の生年月日・年齢  ・性別 | 大正・昭和　　 年 　　月 　　日 ( 　　)歳  □男性　　□女性 |
| 被接種者の住所 | 熱海市 |
| 被接種者の健康保険の有無 | □健康保険に加入している　　□生活保護を受けている |
| 予防接種を受ける医療機関  の名称 |  |
| 予防接種を受ける医療機関の住所 |  |
| 依頼書の送付先 | □本人(被接種者)  □代理人  □接種を受ける医療機関　　　　　　　下記に送付先情報を  □入所施設　　　　　　　　　　　　　記入してください  □その他( 　　　　　　　) |
| 依頼書の送付先情報  住所・宛名・電話番号 | 〒　　　　－  宛  電話番号： |