

【 県内 ・ 県外 】 予防接種依頼書交付願

令和 年 月 日

(あて先) 静岡市保健所長

下記により、他市町村にて予防接種を受けたいのでよろしくお取り計らい願います。

記

被接種者	住 所	〒 静岡市		
	フリガナ 氏 名	-----		性 別 男 ・ 女
	生年月日	昭和 大正	年 月 日	年 齢 歳
	電 話			
申 請 者 (本人の場合は 記載不要)	住 所	〒		
	氏 名			
	電 話			被接種者と の続柄
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 (市からの通知 (原本) を添付)			
生活保護等 受給の有無	生活保護世帯、または世帯全員が非課税の世帯に該当する <input type="checkbox"/> はい (※証明する書類を添付してください。) <input type="checkbox"/> いいえ			
滞 在 先	〒			
	----- 電話			
依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 被接種者の住所 <input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先の住所			
接種希望医療機関	〒			
	医療機関名		電話	
理 由				

担当 〒 420-0846 静岡市葵区城東町 2 4 番 1 号

静岡市保健所 保健予防課予防接種係 電話 054-249-3173