様式第１号（第５条関係）

高齢者新型コロナワクチン接種依頼書交付申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住所 | 大子町大字 | | |
| ふりがな |  | 性別 | 男・女 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日（満　　　歳） | | |
| 指定の医療機関で  実施できない事由  （該当するものに☑） | □かかりつけ医での接種を希望するため  □病院又は施設に入院・入所しているため  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 接種予定日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | | |
| 接種予定医療機関 | 住所 |  | | |
| 医療機関名 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 上記のとおり予防接種を受けたいので、高齢者新型コロナワクチン接種依頼書の交付を申請します。  　大子町長　　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　申請者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | |