

受付	担当者	係員	係長	課長補佐	審議員	市民 センター長

定期新型コロナ及びインフルエンザ予防接種広域化実施に係る予診票交付申請書

令和 年 月 日 山鹿市長 様 住所 山鹿市 _____ 氏名 _____ 電話 _____ (接種者との続柄: _____)				
予防接種を希望するワクチンの種類		新型コロナワクチン ・ インフルエンザワクチン ※○印をご記入ください		
予防接種を依頼する医療機関名				
(正式名称をご記入ください)				
医療機関所在地				
		(TEL _____)		
被接種者 (接種を受ける本人)	住所			
	氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日		年齢	歳 ケ月
	電話			
申請理由	(例: かかりつけ医の為、入院中の為)			
添付書類	☐ 運転免許証 ☐ 介護保険証 ☐ 健康保険証 ☐ パスポート △ 身体障害者手帳の写し(60～65歳) * 本人または代理の方の住所・年齢の確認がとれるもの			

交付番号

--