

広域的予防接種申込書

令和 年 月 日

稲美町長様

【申請者】

住所 _____

氏名 _____

(続柄 _____)

電話番号 (_____) _____

予防接種法等に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

被接種者 (接種を受ける人)	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	加古郡稲美町	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		男女
	生年月日		年 月 日生	(満 歳)
受ける予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 帯状疱疹ワクチン (ビケン) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹ワクチン (シングリックス)			
接種を希望する医療機関	所在地			
	医療機関名			
接種希望日	令和 年 月 日			
広域的予防接種を希望する理由				

決定にあたり世帯の課税状況を確認することに同意します。
被接種者 _____
代理人 _____ (続柄 _____)

*個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。
また、目的外の使用は禁止します。