様式第１０号－②

定期Ｂ類予防接種依頼申請書

中津市長　　奥塚　正典　　あて

申請者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〒

住　　所

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊住所は被接種者と異なる場合ご記入ください

やむを得ない事情により、中津市が実施する定期Ｂ類予防接種を受けることが出来ませんので、下記にて接種を受けられますよう、お願い致します。

記

接種を受ける人	氏　　名	
	生年月日	
	住　　所	〒
接種医療機関名及び所在市町村		医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
予防接種の種類 （該当するものに☑）		□　高齢者肺炎球菌 □　帯状疱疹（生ワクチン） □　帯状疱疹（組換えワクチン１回目） □　帯状疱疹（組換えワクチン２回目） □　高齢者インフルエンザ　　□　新型コロナウイルス
理　由 （該当するものに☑）		□ かかりつけ医が大分県外にある。 □ 大分県外の施設に入所している。 □ 大分県外の医療機関に入院している。 □ その他（　　）
医療機関あての依頼書の送付先 （該当するものに☑）		□ 申請者の住所 □ 接種を受ける人の住所 □ その他 〒

※豊前築上医師会の一部の医療機関においては申請が不要な場合があります。