

高齢者予防接種依頼書発行申請書 兼 委任状

太枠内に必要事項を記入してください。

芦屋町長様 下記のとおり高齢者予防接種依頼書の発行を申請します。

|     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 申請日 | 年 | 月 | 日 |
|-----|---|---|---|

|                                                                  |                  |                                                         |
|------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------|
| 申請者                                                              | ふりがな氏名           |                                                         |
|                                                                  | 住所               | (〒      ー      )                                        |
|                                                                  | 被接種者との続柄         |                                                         |
|                                                                  | 電話番号             |                                                         |
| 被接種者<br><small>(被接種者が申請者と同一人の場合、委任欄・氏名・住所・電話番号の記入は不要です。)</small> | 委任欄              | <input type="checkbox"/> 申請の手続き並びに依頼書の受領の権限を、申請者に委任します。 |
|                                                                  | ふりがな氏名           |                                                         |
|                                                                  | 住所               | (〒      ー      )                                        |
|                                                                  | 生年月日             | 年      月      日      (      歳 )                         |
|                                                                  | 電話番号             |                                                         |
| 依頼理由                                                             |                  | 入所のため ・ 入院のため ・ 主治医指示のため ・ その他 (      )                 |
| 予防接種の種類<br><small>(該当するところに○をつけてください)</small>                    |                  | 肺炎球菌 ・ 带状疱疹 ・ インフルエンザ ・ 新型コロナ                           |
| 接種医                                                              | 所属医療機関名          |                                                         |
|                                                                  | 医療機関住所<br>・ 電話番号 | (〒      ー      )<br><br>TEL :                           |
|                                                                  | 接種医名             |                                                         |
| 予防接種接場所                                                          |                  |                                                         |

.....

処理欄

|            |                                  |
|------------|----------------------------------|
| 受付日        | 年      月      日                  |
| 申請者確認書類    | マ・保・運・診・他 (      )               |
| 被接種者確認書類   | マ・保・運・診・他 (      )               |
| 被接種者住基確認   | <input type="checkbox"/> 住基登録確認済 |
| 被接種者接種履歴確認 | <input type="checkbox"/> 未接種確認済  |
| 処理者        |                                  |