

令和〇〇年△△月××日

播磨町長 様

(申請者)

住 所 加古郡播磨町東本荘1丁目〇番〇号

氏 名 播磨 花子

(続柄 施設従事者 )

電話番号 ( 079 ) 435 - XXXX

## 広域的予防接種申請書 (記入例)

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希望しますので、承認願います。

被接種者 (接種を受ける人)	住 所	加古郡播磨町古宮1丁目△番△号			
	氏 名	阿閉 太郎	男 女	生年 月日	昭和5年4月1日生 (満〇〇歳△カ月)
受ける予防接種 の種類	高齢者インフルエンザ				
接種を希望する 医療機関	所在地	神戸市〇〇区××町▽-▽			
	医療機 関 名	××医院			
接種希望日	令和〇〇年△△月□□日頃				
広域的予防接種 を希望する理由	施設入所中のため				

※予防接種を受けようとする接種券を添付すること。

(高齢者インフルエンザ・高齢者肺炎球菌の場合)  
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。

接種者 阿閉 太郎

代理人 播磨 花子 (続柄 施設従事者 )

※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。