

決定	課長	係長	係員

予防接種依頼書交付申請書（高齢者インフルエンザ）

※本人の意思確認ができない人は、法定接種はできません

被 接 種 者	住所（住民登録上）	足立区		
	氏 名	男・女		
	生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月
予防接種の種類		高齢者インフルエンザ		
接 種 日 （ 予 定 ）		平成	年	月 日（ ）
		平成	年	月 日（ ）予備日
依 頼 先				
理 由				
本人予防接種の希望の確認		本人の接種確認 有・無		
意思確認の方法		(具体的に記入して下さい)		
平成 年 月 日 <u>申請者住所</u> 氏名 続柄 <u>電話番号</u>				

注 (1) 郵送申請の場合、返信用切手（82円）を同封し、接種日の10日前には足立保健所保健予防課に到着するように郵送する。

(2) 接種期間は、平成30年10月1日～平成31年1月31日まで

(3) 依頼先は接種する市町村の保健所等に確認してください。

担当 〒120-8510 足立区中央本町1-17-1 TEL3880-5892 足立保健所保健予防課保健予防係