

決定	課長	係長	係員

予防接種依頼書交付申請書（高齢者肺炎球菌）

※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		高齢者肺炎球菌		
接 種 日 （ 予 定 ）		年 月 日（ ）		
		年 月 日（ ）予備日		
依頼先（接種する市町村）				
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		(具体的に記入してください)		
<p>年 月 日</p> <p>申請者住所 _____</p> <p>氏名 _____ 続柄 _____</p> <p>電話番号 _____</p>				

注 (1) 郵送申請の場合、返信用切手（84円）を同封し、接種日の10日前には足立区衛生部保健予防課に到着するように郵送する

担当 〒120-8510 足立区中央本町1-17-1 TEL3880-5892(直通) 足立区衛生部保健予防課保健予防係