

決 定	課長	係長	係員

予防接種依頼書交付申請書（带状疱疹・インフルエンザ・新型コロナワクチン）

※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	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日生（ 歳）
予防接種の種類		（希望のワクチンに○をつけて下さい） 带状疱疹・インフルエンザ・新型コロナワクチン
接 種 日 （ 予 定 ）		年 月 日（ ）
		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）
年 月 日 申請者住所 _____ 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____		

注 （１）郵送申請の場合、返信用切手（１１０円）を同封し、接種日の１０日前には足立区役所保健予防課に到着するように郵送してください。

（２）接種期間は带状疱疹…該当年度の４月１日から３月３１日まで インフル…毎年１０月１日から１月３１日まで コロナ…毎年１０月１日から３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 TEL3880-5094 足立区役所保健予防課予防接種係