

決 定	課長	係長	係員

予防接種依頼書交付申請書（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） 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する。

（２）接種期間は実施年度１０月１日から、インフル…１月３１日まで コロナ…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