

様式第1号の2

## 予防接種依頼申請書(高齢者用)

年 月 日

(あて先)那珂川市長

申請者氏名

(被接種者との続柄: )

那珂川市における予防接種( )を下記の理由により接種できません  
ので、( )市・町・村の接種時にあわせて接種できるようお願いします。

### 記

|                           |           |      |       |
|---------------------------|-----------|------|-------|
| ふりがな                      |           |      |       |
| 被接種者氏名                    |           |      |       |
| 生年月日                      | 明・大・昭     | 年    | 月 日   |
| 電話番号                      | ( ) -     | 性別   | 男 ・ 女 |
| 住 所                       | 那珂川市      |      |       |
| 申請の理由                     | かかりつけ医( ) |      |       |
| 接種予定日                     | 年         | 月    | 日     |
| 接種場所                      | 医療機関      | 電話番号 | ( ) - |
|                           | 所在地       |      |       |
| 滞在先                       | 〒 - ( 様方) |      |       |
|                           | 電話( ) -   |      |       |
| 申請者住所<br>※滞在先と同じ<br>ときは同上 |           | 電話番号 |       |