Ｂ類疾病にかかる定期予防接種申請書【代理】

令和　　年　　月　　日

（宛先）流山市長

〒

申請者　住所

電話番号

（施設名）

氏名

（被接種者との関係）（　　）

被接種者が下記の医療機関での定期予防接種を希望しています。被接種者及び家族等に申請書を記入できる者がいないため、代理で申請します。この申請にかかる以下の事項は申請者が責任をもって調整しました。

□ この申請に関する被接種者・家族・支援関係機関等との調整

□ 予防接種の自己負担金の負担に関する被接種者との調整

□ 予防接種予診票の受取りと被接種者への受渡し

（確認して□に✓を記入後に申請）

被接種者（接種を受ける人）	住所	流山市
	氏名 生年月日	（T/S　　年　　月　　日）
滞在先 住所地以外に滞在する場合	住所 （施設名）	〒　　－
	電話番号	
予防接種の種類	□高齢者インフルエンザ　□新型コロナウイルス感染症 □高齢者の帯状疱疹　□高齢者の肺炎球菌感染症	
接種を希望する医療機関	医療機関名	
	住所	〒
	電話番号	
備考		

市処理欄□契約　□送付管理（　　）