

※東京23区外および東京23区と契約していない医療機関で
接種希望の方のみご申請ください。

中 野 区 長 あて

申 請 者

住 所 〒

フリガナ

被接種者との続柄

氏 名

()

電 話

高齢者定期予防接種依頼書交付申請書

下記の理由により、中野区において予防接種を受けることができないので、予防接種依頼書の交付を申請します。

被接種者氏名	フリガナ _____	生年月日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳) (
被接種者住所	東京都中野区		
予防接種の種類 ※ 希望をする予防 接種に✓をお願い します。	☐ 高齢者インフルエンザ予防接種 ☐ 新型コロナウイルス感染症予防接種		
中野区で接種を 受けることがで きない理由	理 由 ☐ 介護施設に入所中の為 ☐ 医療施設に入院中の為 ☐ かかりつけ医での接種希望 ☐ 親族宅に長期滞在の為 ☐ その他 ()		
滞 在 先	郵便番号 〒 _____ 住 所 _____ 氏名又は 名称等 _____ 電 話 _____		
接種を希望する 医療機関	住 所 _____ 名 称 _____ 電 話 _____		
依頼書送付先	☐ 申請者住所へ送付 ☐ 滞在先へ送付 ☐ その他 ()		
【職員記入欄】			