

## 鎌ヶ谷市予防接種依頼書発行申請書（B類接種用）

申請日 令和 年 月 日

鎌ヶ谷市長 あて

申請者	住所
	氏名
	電話
	続柄

下記のとおり、住所地外で予防接種を受けたいので申請します。

予防接種の種類 (□に✓を記入)	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症
	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌

\* 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については、年度内に接種歴のある方への依頼書は発行できません。

\* 高齢者肺炎球菌予防接種については、過去に接種歴のある方への依頼書は発行できません。

予防接種を受ける方	住所	鎌ヶ谷市	
	ふりがな		
	氏名	男 ・ 女	
	生年月日	大正 年 月 日 ( 歳) 昭和	
滞在先住所	〒 ( 様方)		
滞在先電話番号			
接種医療機関 又は施設等	医療機関又は施設等の名称		
	電話番号		
接種予定日	令和 年 月 日		
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 現住所（住民票のある所） <input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先の住所 <input type="checkbox"/> その他の送付先 〒 ( 様方)		

鎌ヶ谷市処理欄

予防接種 個人コード
---------------