

高齢者予防接種相互乗り入れ申請書

被接種者氏名：

明治

大正

生年月日： 昭和 年 月 日生

住 所： 高取町大字

電話番号：

接種希望
医療機関名：

インフルエンザ予防接種：

肺炎球菌感染症予防接種：

新型コロナワクチン接種：

高取町高齢者予防接種実施要綱第5条の規定により、相互乗り入れでの予防接種を希望するため申請します。

年 月 日

高 取 町 長 様

【申請者】

*被接種者と同じ場合は、氏名のみご記入ください。

氏 名： (続柄：)

住 所：

電話番号：
