

令和 年 月 日

和 東 町 長 様

申請者

住所：.....

氏名：.....

電話：.....

(続柄)

町外医療機関（施設）での予防接種に係る申請書

予防接種名	インフルエンザ ・ 新型コロナ
被接種者名	
生年月日	大 ・ 昭 年 月 日
住 所	和東町大字 小字 番地 (電話：)
申請理由	該当する項目にチェックしてください。 ☐ 町外医療機関で接種を希望 ☐ 町外医療機関で接種を希望（長期入院中） ☐ 入所施設での接種を希望
接種を希望する 医療機関 施設	【医療機関・施設名】 【住所】 都道府県名（ ） 市町村名（ ）