

FAX

0175-22-5044

高齢者肺炎球菌ワクチン接種実施依頼申込書

申 込 日	令和 年 月 日
予 防 接 種 の 種 類	高齢者肺炎球菌ワクチン
接 種 を 受 け る 人 の 氏 名	フリガナ
	男 ・ 女
生 年 月 日 (年 齢)	昭和 年 月 日 (歳)
住 民 票 の 住 所 ※できるだけ住民登録上の 正確な住所を記載してく ださい	〒 むつ市 TEL:
理 由	① 長期滞在 ②施設入所中のため ③その他()
滞 在 先	〒 様方 TEL:
実施医療機関名・住所 ※必ずご記入ください	医療機関名 _____ 〒 TEL:
書 類 の 送 付 先	<input type="checkbox"/> 滞在先と同じ <input type="checkbox"/> 下記住所 〒 様方 TEL:

※枠内をきれなく記入後、感染症予防課(下記)までEメール、FAXまたは郵送でお送りください。

到着後、1~2週間程度で予防接種依頼書と助成金交付申請書を郵送いたします。

※医療機関によっては実施できない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

〒035-8686 青森県むつ市中央一丁目8番1号 むつ市役所 感染症予防課

TEL:0175-22-1111 FAX:0175-22-5044

Email:kansenshoyobo@city.mutsu.lg.jp