

FAX

0175-22-5044

令和5年度高齢者インフルエンザ予防接種実施依頼申込書
(令和5年10月10日～令和6年1月31日までの接種に限ります)

申 込 日	年 月 日
予 防 接 種 の 種 類	高齢者インフルエンザ予防接種
接 種 を 受 け る 人 の 氏 名	フリガナ
	男 ・ 女
生 年 月 日 (年 齢)	(大・昭) 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主治医のもと 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:

※枠内をもれなく記入後、むつ市予防・医療課あて(下記)までFAXまたは郵送してください。

到着後、1週間～2週間で依頼書等を郵送いたします。

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

〒035-8686 むつ市中央一丁目8番1号 むつ市役所 予防医療・感染症対策課 まで
TEL:0175-22-1111 FAX:0175-22-5044