令和5年度　与謝野町高齢者肺炎球菌予防接種指定外医療機関接種申請書（施設用）

申請日：　　　　　年　　月　　日

与謝野町保健課　様

下記の対象者が、与謝野町指定医療機関以外で高齢者肺炎球菌予防接種を希望されましたので、申請します。

★申請者　医療機関名又は施設名：

　　　　　医療機関又は施設住所：

　　　　　担当者名：

　　　　　連絡先：電話

★対象者　（生活保護世帯の場合は、別途手続きが必要です。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 | 生年月日 | 年齢 | 住　　　所 | 意思確認  の有無 | ＊申請理由 |
|  |  |  | 与謝野町字 |  |  |
|  |  |  | 与謝野町字 |  |  |
|  |  |  | 与謝野町字 |  |  |
|  |  |  | 与謝野町字 |  |  |
|  |  |  | 与謝野町字 |  |  |
|  |  |  | 与謝野町字 |  |  |
|  |  |  | 与謝野町字 |  |  |

＊申請理由欄には次の記号で記入ください。　ィ.入所中 　ﾛ.通所中　 ﾊ.入院中 　ﾆ.通院中

★接種実施医療機関

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名  又は施設名 |  | |
| 医師名又は  施設長名 |  | |
| 所在地 | **〒** | |
| 電話番号 |  | |
| * B類定期予防接種に係る京都府広域予防接種   委託契約締結の協力医療機関ですか。 | | はい　・　いいえ　・　わからない |

＊**ＦＡⅩでの申請は、不可です。**