

# 高齢者肺炎球菌予防接種予診票 再発行(発行) 申請書

申請者は太枠内のみ記入

申請年月日	年 月 日
住所	〒 _____ 電話 ( _____ ) _____ 福山市 _____
送付先住所 ※住所地以外に送付 を希望する場合	〒 _____ 様方 _____
接種を受ける人 の名前・生年月日 ・年齢	ふりがな _____ _____ 大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 ( _____ 歳)
※代理人が申請 する場合	代理人住所 _____ 接種者との _____ 続柄(家族) _____ 代理人名前 _____ 電話 ( _____ ) _____
接種する予定日	年 月 日頃

受付者 記入欄 ( _____ ) ※該当に <input checked="" type="checkbox"/>	・ <input type="checkbox"/> 再発行(紛失した人) 又は <input type="checkbox"/> 発行(7月1日以降に転入した人) ・ 下記、聞き取り又は健康かるてにより確認 <input type="checkbox"/> 福山市に住民票がある。 <input type="checkbox"/> 定期予防接種の対象年齢である。 <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌予防接種の接種履歴がない。 ・ 予診票等の送付先: <input type="checkbox"/> 窓口渡し 郵送: <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 送付先住所	
押印欄	担当者	所属長等(課長又は次長)
担当者 記入欄	予診票等送付年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	