

様式第2号（第7条関係）

古賀市定期B類予防接種依頼書交付申請書

年 月 日

（宛先）古賀市長

次のとおり予防接種を受けたいので、依頼書の発行を申請します。

被接種者 （接種を受ける人）	氏名	フリガナ  男 ・ 女
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）
	住所	〒 古賀市
	電話番号	（ ） —
申請者氏名 （被接種者以外が申請する場合記入してください）		被接種者との関係
申請理由 （該当する番号に○をつけ、その理由を記入してください）	1 古賀市以外の市区町村での接種 2 古賀市の指定する実施医療機関以外の市内医療機関での接種 【上記接種の理由】（入所等）	
接種医療機関	<input type="checkbox"/> 医療機関名 <input type="checkbox"/> 医療機関所在地 <input type="checkbox"/> 医療機関連絡先 （ ） —	
予防接種種類 （希望するものに☑をつけてください）	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナウイルス	
連絡先（滞在先）・滞在期間	〒 — 住所 都・道・府・県 世帯主 電話番号（ ） — 滞在期間（ 年 月 日～ 年 月 日）	

※接種費用が古賀市の設定した費用より高い場合は、自己負担が必要です。

※申請の際は、被接種者及び申請者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）が必要です。

〈書類 送付先〉

〒811-3116

福岡県古賀市庄 205 番地（サンコスモ古賀内）

古賀市健康介護課 健診指導係

TEL 092-942-1151