石岡市 予防接種予診票(再)交付申請書 (インフルエンザ・コロナ用)

太枠の中をご記入ください。

な行の生をこむ人へたさい。								
対象者氏名								
住 所	石岡市							
電話番号	()						
生年月日		年	月	日 (歳	か月)		
申請理由	1 転入 転入日:	1	前住所:					
※該当する番号に ○をつけてください	2 紛失 ・ 何らかの	理由で予診票	が届かない					
	3 その他 (予診のる	みで使用 ・対	象年齢到達	・任意接種希望・)		
【同意事項】 各予防接種ごとに定められた年齢・回数の範囲外で接種を受けた場合は、接種費用は自己負担となることに同意します。 任意接種の場合、接種後の健康被害が生じた際は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づくものとなります。								
石岡市長 あて	年,	日						
申請者氏名 (続柄:)								

申請内容	I歳から中学3年生	□ 小児インフルエンザ(任意接種)		
	60歳以上65歳未満 心臓,腎臓,呼吸器及び免疫の機能に障害を有する者で,	□ 高齢者インフルエンザ		
	身体障害者手帳 級所持者 *予診票に60-64対象者の押印	□ 新型コロナウイルス感染症予防接種		
	65 歳以上	□ 高齢者インフルエンザ		
	05 成外工	□ 新型コロナウイルス感染症予防接種		

受付日		年	月	П	来所者	本人	・申請者 ・他()
確認物	免許証・	.許証 · 保険証 · マイナンバーカード		健康管理システム		□住民確認 □対象年齢確認	窓口		
	その他()	確言	20	□おる中野姫説 □接種歴なし確認	対応者	