

広域化予診票交付申請書（B 類疾病用）

玉名市長 様

下記、広域化医療機関の予診票交付を申請します。

接種希望の予防接種に✓をつけてください。

☐ 高齢者インフルエンザ予防接種

☐ 新型コロナ予防接種

申請日 令和 年 月 日

【申請者】 住 所 _____

氏 名 _____（続柄： _____）

連絡先 _____

1 接種を受ける人

住 所 玉名市 _____

氏 名 _____（フリガナ）

生年月日（ 大正 ・ 昭和 ） 年 月 日生（ 歳 ）

2 接種を希望する医療機関名

〔 _____（ _____）市町村 〕

3 備考（ _____）

4 生活保護受給の有無（ 有 ・ 無 ）←○をつけてください。

受給証明書がある場合は予診票と一緒に医療機関に提出すると無料になります。

【市確認項目】

☐ 広域参加医療機関の確認

☐ 今シーズンのインフルエンザ・新型コロナ接種歴の確認（健康管理システム）

☐ 年齢（ ☐65 歳以上 ☐60～64 歳 心・腎・呼吸器機能、ヒト免疫不全ウイルス ）

受付者名 _____ 日付印