

予防接種申込書

年 月 日

厚岸町長 様

申込者 住所
氏名

インフルエンザ
高齢者用肺炎球菌 の予防接種を受けたいので、次により申込みをします。
新型コロナウイルス感染症
带状疱疹

接種希望者	住 所	厚岸町	
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日生（ 歳）	
	対 象 要 件		注1（1）、（2）の場合は医師の診断書又は身体障害者手帳の写しなど、接種対象者であることの認定に必要な資料を添付すること。
	生活保護受給状況	有 ・ 無	
	ワクチンの種類	☐ 乾燥組換え带状疱疹ワクチン ☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン ※带状疱疹の予防接種を希望する方のみ記載してください。	

注1 予防接種の対象要件は次の区分により記入すること。

（1）60歳以上65歳未満の者であって、心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又は、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有するものとして厚生労働省令で定めるもの

（2）60歳以上65歳未満の者であって、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有するものとして厚生労働省令で定めるもの

（3）（1）、（2）以外の者

注2 申込者が接種希望者であるときは、接種希望者の住所及び氏名欄の記入は省略する。

私は、本予防接種について説明を受け、その内容について納得しました。
氏名