60～65 歳対象者（肺炎球菌・インフルエンザ）
65 歳以上インフルエンザ
高齢者用肺炎球菌ワクチン【定期】

予診票発行・再発行申請書

令和　　年　　月　　日

知立市保健センター所長

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　（　　）　　－

接種者との続柄（ 本人 ・　　）

被接種者　住所　（□申請書と同じ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　（□申請書と同じ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日　　年　　月　　日

接種医療機関＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

インフルエンザ、高齢者用肺炎球菌予防接種予診表兼接種券の発行・再発行をお願いします。

理由（１．紛失　　２．届かない　３．転入　　４．その他　　）

事務	受付担当	受付	発行方法	本人確認	60～65 歳
		窓口 ・ 電話	窓口 ・ 郵送（　　月　　日）	□身分証明書(写真ないものは 2 点)	□手帳等のコピー