

(宛先)小樽市長

高齢者等予防接種依頼希望書

別紙高齢者等の予防接種について ☐入院中 ☐入所療養中 の理由により、下記の ☐医療機関 ☐施設
において接種を希望します。

令和 年 月 日

A 入 入 所 施 医 設 機 関	郵便番号			
	住所			
	名称			
	代表者			
	担当部署		担当者	
	電話番号		内線番号	
B 接 種 実 施 医 療 機 関	郵便番号			
	住所			
	名称			
	代表者			
	担当部署		担当者	
	電話番号		内線番号	

接種希望者の情報は別紙(2枚目)にご記入ください。

※AとBが同一機関の場合、Aのみご記入ください。

※右記専用フォームからも接種依頼ができます。

【提出先】

小樽市保健所

健康増進課 宛 FAX 0134-22-1469



専用フォーム(インターネット)
<https://logoform.jp/f/YBZOy>

別紙

[illegible]

※11名以上の場合は、この用紙をコピーしてお使いください。