

様式第6号(第10条関係)

(宛先)小樽市長

高齢者等予防接種依頼希望書

下記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 入院 所 施設 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	
B 接種 医療 施設 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	

※AとBが同一機関の場合、Aのみご記入ください。

【提出先】右記専用フォームからも接種依頼ができます。

小樽市保健所

健康増進課 宛 FAX 0134-22-1469



インターネット
<https://logoform.jp/f/YBZOy>