

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 入 所 院 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 | |
| B 接 種 医 実 療 施 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。



インターネット

<https://logoform.jp/f/YBZOy>

【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