

様式第6号(第10条関係)

別紙 高齢者等予防接種依頼希望書

※接種を希望する予防接種の□にチェックを付けてください。

接 種 を 受 け る 人	住民登録地	小樽市		
	氏 名		性 別	男・女
	生 年 月 日	T・S 年 月 日	年 齢	満 歳
	予防接種名	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナ		
	住民登録地	小樽市		
	氏 名		性 別	男・女
	生 年 月 日	T・S 年 月 日	年 齢	満 歳
	予防接種名	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナ		
	住民登録地	小樽市		
	氏 名		性 別	男・女
	生 年 月 日	T・S 年 月 日	年 齢	満 歳
	予防接種名	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナ		
	住民登録地	小樽市		
	氏 名		性 別	男・女
	生 年 月 日	T・S 年 月 日	年 齢	満 歳
	予防接種名	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナ		
	住民登録地	小樽市		
	氏 名		性 別	男・女
	生 年 月 日	T・S 年 月 日	年 齢	満 歳
	予防接種名	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナ		
住民登録地	小樽市			
氏 名		性 別	男・女	
生 年 月 日	T・S 年 月 日	年 齢	満 歳	
予防接種名	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナ			
住民登録地	小樽市			
氏 名		性 別	男・女	
生 年 月 日	T・S 年 月 日	年 齢	満 歳	
予防接種名	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナ			

※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。

【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>