

高齢者予防接種に係る

予診票 転送願

(高齢者インフルエンザ・高齢者肺炎球菌・新型コロナウイルス・带状疱疹)

- ☐ 新規
- ☐ 変更
- ☐ 取消

杉並保健所 保健予防課長 宛

|                                |                                                                            |                                                     |                                 |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------|
| 対象者                            | 住所                                                                         | 〒 _____<br>杉並区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号<br>方書 _____ |                                 |
|                                | フリガナ                                                                       | _____                                               | 区使用欄<br>.....<br>.....<br>..... |
|                                | 氏名                                                                         | _____                                               |                                 |
|                                | 生年月日                                                                       | 大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日                       |                                 |
| 転送先                            | 住所等                                                                        | 〒 _____<br>_____                                    |                                 |
|                                | 方書                                                                         | フリガナ _____ 様方<br>代理人名等 _____<br>文字数が多い方書は適宜省略します。   |                                 |
| ※ 宛名は 予防接種 対象者本人 です。(同住所は対応不可) |                                                                            |                                                     |                                 |
| 転送理由                           | 1 入院 または 施設入所 のため<br>名称／所在地 _____<br><input type="checkbox"/> 転送先に同じ _____ |                                                     |                                 |
|                                | 2 親族 または 成年後見人等が 手続き等を管理しているため<br>3 その他 (具体的にご記入ください)<br>_____<br>_____    |                                                     |                                 |
| ※ 理由によっては受付できない場合があります。        |                                                                            |                                                     |                                 |

- 保健予防課から発送の高齢者定期予防接種予診票は上記のとおり対応願います。
- 対象者の状況に変更が生じた場合は、あらためて届出をいたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

|     |      |                                                                    |
|-----|------|--------------------------------------------------------------------|
| 申請者 | フリガナ | _____ 対象者との関係 _____                                                |
|     | 氏名   | ※ ご本人、ご親族以外の方が申請の場合は下記に☑<br><input type="checkbox"/> 本人(または親族)の了承済 |
|     | 住所   | <input type="checkbox"/> 上記、転送先に同じ _____                           |
|     | 電話番号 | (日中の連絡先) _____                                                     |

区処理欄

|                                           |
|-------------------------------------------|
| 確認資料添付                                    |
| ・ 申請本人確認<br>・ 住所確認<br>・ 後見人等確認<br>・ _____ |

|     |      |    |
|-----|------|----|
| 受付  | 情報管理 |    |
|     | 入力   | 点検 |
| 可・否 | ／    | ／  |