

阿見町長 殿

申請者 住 所
氏 名
電 話 番 号
被接種者との関係 ()

阿見町带状疱疹ワクチン予防接種予診票再交付申請書

阿見町带状疱疹ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、次のとおり予診票の交付を申請します。

氏名	
生年月日	年 月 日生まれ (満 歳)
住所	阿見町
電話番号	
带状疱疹ワクチン接種歴 (該当部分を○で囲む。)	有 ・ 無 接種日 年 月 日 (生 ・ 不活化) 助成 (有 ・ 無) 接種日 年 月 日 (生 ・ 不活化) 助成 (有 ・ 無)
申請の理由	紛失・破損・その他()
該当条件 (該当する区分に✓を記入)	<input type="checkbox"/> 50歳以上 <input type="checkbox"/> 18歳以上50歳未満で、疾病又は治療により免疫不全である者、免疫機能が低下した者又は免疫機能が低下する可能性がある者 ※下記の【医師記入欄】にて医師が必要性を認めた場合のみ対象です。 <hr/> 【医師記入欄】 被接種者が、疾病又は治療により免疫不全である者、免疫機能が低下した者又は免疫機能が低下する可能性がある者であると認めます。 疾病名 _____ 医療機関名 _____ 医師署名または記名押印 _____