

様式第 2 号 (第 6 条関係)

能勢町高齢者の肺炎球菌予防接種予診票再交付申請書

年 月 日

能 勢 町 長 様

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 ☐ 本人 ☐ 同居の親族

☐ その他 ()

能勢町高齢者の肺炎球菌予防接種事業実施要綱第 6 条第 2 項の規定に基づき
下記のとおり予診票の交付を申請します。

(ふりがな) 氏 名	☐ 申請者 と同じ	
住所	☐ 申請者 と同じ	
生年月日	年 月 日	
窓口確認欄 (担当者が記入します)	1. 過去に肺炎球菌予防接種を 受けたことがあるか 有 ・ 無	
	2. 予防接種予定日に 65 歳であるか はい ・ いいえ	
	3. 接種履歴確認の結果 未接種 ・ 接種済	
	4. 予診票の交付 可 ・ 不可	

確認者 /