

能勢町带状疱疹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 _____

能勢町带状疱疹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) 被接種者氏名	☐ 申請者 と同じ	
住所	☐ 申請者 と同じ	
生年月日	年 月 日 (歳)	
交付を希望 する予診票	(どちらかを選択) ☐ 生ワクチン・組換えワクチン1回目用 ☐ (組換えワクチン1回目接種済者のみ)組換えワクチン2回目用	
能勢町確認欄	1. 対象者の該当区分 65歳(年4月2日～ 年4月1日生) 70 歳(年4月2日～ 年4月1日生) 75 歳(年4月2日～ 年4月1日生) 80 歳(年4月2日～ 年4月1日生) 85歳(年4月2日～ 年4月1日生) 90 歳(年4月2日～ 年4月1日生) 95 歳(年4月2日～ 年4月1日生) 100 歳(年4月2日～ 年4月1日生) 101 歳以上※(年4月1日生以前)*R7年度のみ対象 接種日に 60 歳以上 65 歳未満で、ヒト免疫不全ウイルスによる 免疫機能障害を有する者(身体障害者手帳1級の写しが必要) 2. 接種履歴確認の結果 (未接種 / 組換えワクチン1回接種済 / 生ワクチン又は組換えワクチン 2 回接種済) 3. 予診票の交付 可 ・ 不可 4. 交付する予診票 ☐ 生ワクチン・組換えワクチン1回目用 どちらか1枚のみ交付 ☐ 組換えワクチン2回目用(組換えワクチン1回目接種済者のみ)	

確認者

/