

(様式 1 - 2 施設用)

## 甲賀市高齢者予防接種広域化事業申請書

年 月 日

甲賀市長 あて

施設住所 : \_\_\_\_\_

施設名 : \_\_\_\_\_

申請者 : \_\_\_\_\_

連絡先 : \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

接種希望医院 \_\_\_\_\_

|     | 住所  | 氏名 | 生年月日 | 希望ワクチン                                                                 |
|-----|-----|----|------|------------------------------------------------------------------------|
| 1   | 甲賀市 |    |      | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新 型 コ ロ ナ |
| 2   | 甲賀市 |    |      | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新 型 コ ロ ナ |
| 3   | 甲賀市 |    |      | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新 型 コ ロ ナ |
| 4   | 甲賀市 |    |      | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新 型 コ ロ ナ |
| 5   | 甲賀市 |    |      | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新 型 コ ロ ナ |
| 6   | 甲賀市 |    |      | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新 型 コ ロ ナ |
| 7   | 甲賀市 |    |      | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新 型 コ ロ ナ |
| 8   | 甲賀市 |    |      | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新 型 コ ロ ナ |
| 9   | 甲賀市 |    |      | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新 型 コ ロ ナ |
| 1 0 | 甲賀市 |    |      | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新 型 コ ロ ナ |