

個人情報のため、FAX 送付ではなく、必ず郵便で送付してください。

令和 8 年度高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチン定期予防接種
予診票等の送付を希望します。

施設名：
所在地：
事務担当者名：
電話番号：
接種予定の医療機関名：
及び医師名

広域予防接種に ☐入っている ☐入っていない ☐わからない
(該当する☐に✓をしてください。)

接種者について

予診票等が必要な場合は ○、
不要な場合は×を記入して下さい。

氏名	フリガナ	生年月日	住所	予診票等	
				インフル	コロナ

※予診票・接種券は上記人数分、送付します。