

令和 年 月 日

令和3年度大磯町訪問接種連絡票

1. 申請者

氏名	
続柄	
住所	
連絡先(電話番号)	
在宅接種を希望する理由	

2. 対象者

氏名	
接種券番号	
生年月日	
住所	
駐車場所の有無ほか	
本人の同意確認	・同意あり ・同意の見込みあり
本人の状態	
かかりつけ医及び 接種の了承	

3. 接種時の立ち合い、翌日までの見守り者

氏名	
生年月日	
住所	
連絡先(電話番号)	