

記入例

※ 太線のみご記入ください

予防接種依頼書発行申請書

年 月 日

(あて先) 寝屋川市長

申請者の
・住所
・氏名
・被接種者との続柄
・連絡のつく電話番号
をご記入下さい。

申請者 住 所 寝屋川市池田西町 28-22

氏 名 寝屋川 花子

(被接種者との続柄 子)

(連絡のつく電話番号 080 - **** - ***)

下記のとおり予防接種依頼書の発行を申請します。

記

予 防 接 種 名 及 び 被接種者確認事項	成人用肺炎球菌 ※ 肺炎球菌ワクチン (23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン) の接種を <u>過去に受けたことはありません。</u>
	带状疱疹ワクチン (生ワクチン) ※ 接種回数 1 回
	带状疱疹ワクチン (組換えワクチン) ※ 接種回数 2 回
	高齢者インフルエンザ ※ 上記の予防接種を受けるのは <u>今年度の10月1</u>
接種を希望するもの <u>すべて</u> に○をして ください。	○ 高齢者新型コロナウイルスワクチン ※ 上記の予防接種を受けるのは <u>今年度の10月1</u>
被 接 種 者 氏 名	寝 屋 川 イネ
住 所	寝屋川市池田西町 28-22 TEL : 072 (812) 2002
生 年 月 日	T. (S.) ●● 年 ●● 月 ●● 日 (満
滞 在 先 ※施設入所者のみ	施設の種類・名称：特別養護老人ホーム◆◆ 住所： 大阪市●●区▲▲町××番××号 TEL : 06 (***) ****
予防接種を受ける病院名と住所	病院名： ●●病院 病院の住所： 大阪市●●区▲▲町××番××号
他市で接種する理由	(例) かかりつけ医のため (例) 施設入居中のため

被接種者の
・予防接種名 (確認事項に記載の内容に該当するかご確認ください。)
・氏名
・住所
・生年月日
・滞在先住所 (施設入所者のみ)
・予防接種を受ける病院名と住所
・他市で接種する理由をご記入下さい。

- ・接種費用については、依頼先の市町村、医療機関等にお問い合わせください。
- ・郵送にて手続きされる場合は、依頼書を返送するための返信用封筒の同封を併せてお願いします。
- ・被接種者確認事項に記載の内容に該当しない場合は予防接種の対象外になります。

予防接種依頼書発行申請書

年 月 日

(あて先) 寝屋川市長

申請者 住 所

氏 名

(被接種者との続柄)

(連絡のつく電話番号)

下記のとおり予防接種依頼書の発行を申請します。

記

予 防 接 種 名 及 び 被接種者確認事項 (接種を希望するもの <u>すべて</u>に○をして ください。)		成人用肺炎球菌 ※ 肺炎球菌ワクチン (23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン) の接種を <u>過去に受けたことはありません。</u>
		带状疱疹ワクチン (生ワクチン) ※ 接種回数 1 回
		带状疱疹ワクチン (組換えワクチン) ※ 接種回数 2 回
		高齢者インフルエンザ ※ 上記の予防接種を受けるのは <u>今年度の10月1日からは初めてです。</u>
		高齢者新型コロナウイルスワクチン ※ 上記の予防接種を受けるのは <u>今年度の10月1日からは初めてです。</u>
被 接 種 者 氏 名		
住 所	寝屋川市 Tel : ()	
生 年 月 日	T. S. 年 月 日 (満 歳)	
滞 在 先 ※施設入所者のみ	施設の種類・名称 : 住所 : Tel : ()	
予防接種を受ける 病院名と住所	病院名 : 病院の住所 :	
他市で接種する理由		

- ・接種費用については、依頼先の市町村、医療機関等にお問い合わせください。
- ・郵送にて手続きされる場合は、依頼書を返送するための返信用封筒の同封を併せてお願いします。
- ・被接種者確認事項に記載の内容に該当しない場合は予防接種の対象外になります。