

予防接種依頼書発行申請書 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

空白にしておいて下さい。

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 (接種を希望するものに ○をしてください。)	<input type="radio"/> 成人用肺炎球菌 <input checked="" type="radio"/> ※ 肺炎球菌ワクチン (23 価肺炎球菌荚膜 ワクチン) の接種を <u>過去に受けたことが</u> <input type="radio"/> 高齢者インフルエンザ <input checked="" type="radio"/> ※ インフルエンザ予防接種を受ける	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 ・本市で受けられない理由 をご記入下さい。
フリガナ	ネヤガワ イネ	
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 ▲▲ 歳)	
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	
本市で 受けられない理由	(例) かかりつけ医のため (例) 施設入居中のため	

- ・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。
- ・郵送にて手続きをされる場合は、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	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>過去に受けたことがありません。</u>
(接種を希望するものに ○をしてください。)	高齢者インフルエンザ ※ インフルエンザ予防接種を受けるは <u>今年度初めてです。</u>
フリガナ	
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:
本市で 受けられない理由	

- ・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。
- ・郵送にて手続きをされる場合は、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。