予防接種実施依頼書交付申請書

柏原市長 様

令和 年 月 日

下記のとおり、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

申請者	住所	〒 ー		
	氏名			
	電話番号	()		被接種者 との続柄
予防接種の種類	高齢者肺炎球菌			
受ける人 (被接種者)	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	大正・昭和	年	月 日
	住所	〒 ー 柏原市		
接種理由 (○をつけて ください)	1. 柏原市内の委託医療機関以外のかかりつけ医による接種（人工透析・継続治療中）			
	2. 柏原市以外の医療機関への入院、柏原市以外の施設への入所			
	3. 市外に長期滞在している			
	4. その他 ()			
滞在先 (○をつけて ください)	入院・入所・滞在先名			
	住所	〒 ー		
	電話番号	()		
接種予定医療機関	医療機関名			
	住所	〒 ー		
	電話番号	()		
依頼書の受取方法	1. 窓口にて手渡し 2. 申請者に郵送(郵送の場合、110円切手を必ず同封してください) 3. メール			
	メールアドレス：			
	備考			
依頼書の宛名	1. 市区町村長宛 2. 医療機関宛			

【提出先】 〒582-8555 柏原市安堂町1番55号 柏原市健康部健康づくり課予防接種担当

☎：072-920-7381

FAX：072-920-7036