

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	〒 ○○－△△		
	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	〒 ○○－△△ 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	○○病院		
	住所	〒 ○○－△△		
	電話番号	○○ (△△) □□		
接種予定医療機関	医療機関名	○○病院		
	住所	〒 ○○－△△		
	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