

柏原市長 様

予防接種実施依頼書交付申請書

申請者	住所	〒 柏原市			
	氏名		被接種者 との続柄		TEL

下記のとおり、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

予防接種の種類 (○印をつけてください)	ロタウイルス [1回目・2回目・3回目] B型肝炎 [1回目・2回目・3回目] 小児肺炎球菌 [1回目・2回目・3回目・1期追加] ヒブ [1回目・2回目・3回目・追加] 二種混合 [2期] / B C G 五種混合 [1回目・2回目・3回目・1期追加] 四種混合 [1回目・2回目・3回目・1期追加] 水痘 [1回目・2回目] / 麻しん風しん混合 [1期・2期] 日本脳炎 [1回目・2回目・1期追加・2期] 子宮頸がん [1回目・2回目・3回目]				
受ける人 (被接種者)	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	平成 令和	年	月	日 (歳 か月)
	住所	〒 柏原市			
保護者氏名	(被接種者が満18歳未満の場合のみ記入)				
接種予定日	令和 年 月 日				
接種予定医療機関	医療機関名				
	住所	〒 柏原市			
	TEL				
接種理由	1. 柏原市外の医療機関に入院中 (医療機関名:) 2. 児童養護施設等に入所中 (施設名:) 3. 里帰りのため 4. かかりつけ医による接種を必要とするため 5. その他 ()				
依頼書の受取方法	1. 窓口にて手渡し 2. 郵送 (※郵送の場合は、140円切手を必ず同封してください)				
書類送付先 (依頼書の受取方法で郵送を選択した場合のみ記入)	1. 申請者住所と同じ				
	2. 滞在場所先 〒 柏原市 (様方)				
	3. その他 ()				
依頼書の宛名	1. 市区町村長宛 2. 医療機関宛				

《提出先》 柏原市 健康部 健康づくり課 予防接種担当

〒582-8555 柏原市安堂町1番55号 ☎: 072-920-7381