

様式第1号の2 (第5条第1項関係)

定期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 (○をつけてください)	高齢者肺炎球菌 ・ 帯状疱疹			
接種を受ける人 (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 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