

様式第1号の3 (第5条第1項関係)

定期予防接種実施依頼書交付申請書

(連名用)

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 ・ 带状疱疹		
被接種者名	生年月日	住所	
	T・S . .	柏原市	
	T・S . .	柏原市	
	T・S . .	柏原市	
	T・S . .	柏原市	
	T・S . .	柏原市	
	T・S . .	柏原市	
	T・S . .	柏原市	
	T・S . .	柏原市	
	T・S . .	柏原市	
	T・S . .	柏原市	
	T・S . .	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、柏原市以外の施設等への入所		
	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)	住所	〒 _____	
	入院・入所・滞在先名		
	電話番号	(_____)	
予防接種実施 医療機関	医療機関名		
	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		
依頼書の宛先	1 市町村長宛 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