

泉大津市長 様

申請者は予防接種を受ける方  
(子どもの場合は保護者)

年 月 日

スタンプ印不可

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

・黒のボールペンで記載  
・誤って記載した場合は  
二重線を引き、申請印  
と同じ印を押印

住所 \_\_\_\_\_ 泉大津市 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

予防接種の依頼書発行について (お願い)

下記の事由により、定期予防接種を泉大津市外の医療機関において接種したいので、泉大津市の同意と、実施にあたり依頼書の発行をお願いいたします。

該当の□に✓・( )に記載 \_\_\_\_\_ 記

予防接種の種類	<input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ その他 ※定期接種に限る ( _____ )	
接種を受ける者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 ( _____ )
	保護者氏名 (子どもの場合)	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 ( _____ )
	生年月日	M T S H 年 月 日
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 ( _____ )
本市で接種できない理由	<input type="checkbox"/> 里帰り中 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
接種する医療機関	医療機関名	
	所在地	<b>都道府県と市町村名のみ (郵送する場合は番地まで)</b>
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 接種する医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) (〒 _____ )
	<input type="checkbox"/> 窓口	<b>受理日から1週間後以降に窓口へ</b>

受理日  
押印し  
ます