年　　月　　日

泉大津市長　　様

シャチハタ以外でお願いします。

申請者　氏名　　印

・黒のボールペンで記載してください。
・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してください。

住所　泉大津市

電話

定期予防接種の依頼状発行について（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、実施にあたり依頼状の発行をお願いいたします。

該当の□に✔・（　　）に記載してください。

記

予防接種の種類	□ ヒブ　□ 小児用肺炎球菌　□ B型肝炎　□ 四種混合 □ MR（Ⅰ期・Ⅱ期）　□ 水痘　□ 日本脳炎 その他　※定期接種に限る（　　）	
接種を受ける者	氏名	□ 申請者と同様 （　　）
	保護者氏名 （子どもの場合）	
	住所	□ 申請者と同様 （　　）
	生年月日	年　　月　　日
	電話番号	□ 申請者と同様 （　　）
本市で接種できない理由	□ 里帰り中　□ 入院　□ 入所 □ その他（　　）	
接種する医療機関	医療機関名	
	所在地	都道府県と市町村名のみ（郵送する場合は番地まで）
依頼状の送付先	□ 郵送	□ 申請者　□接種する医療機関 □ その他　（　　） （〒　　）
	□ 窓口	受理日から１週間後以降に窓口へ