

泉大津市長 様

申請者 氏名 _____ (被接種者との続柄: _____)

住所 _____

電話 _____

定期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等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。

記

予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ	
接種を受ける者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 (_____)
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 (_____)
	生年月日	M T S 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"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 (施設名: _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
接種する医療機関等	名称	<input type="checkbox"/> 上記 入所施設と同様
	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"/> 接種する医療機関等 <input type="checkbox"/> その他 (_____) (〒 _____)
	<input type="checkbox"/> 窓口	受理日から 1 週間後以降に窓口へ

※泉大津市処理欄 (備考)

受 付 印

接種者以外の連絡先	氏名 (_____) 被接種者との続柄 (_____) 電話番号 (_____) 決裁後連絡 (要・不要)	
償還払い申請用紙	<input type="checkbox"/> 手渡し済 <input type="checkbox"/> 依頼書と一緒に郵送	<input type="checkbox"/> 郵送済 (_____) <input type="checkbox"/> HP からダウンロード