

# 予防接種依頼書の交付申請書

平成 年 月 日

泉佐野市長様

保護者 氏名 \_\_\_\_\_  
住所 泉佐野市 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
携帯電話 \_\_\_\_\_

下記の理由によりワクチン接種依頼書の交付を申請します。

予防接種を受けるにあたっては、受け入れ市区町村・実施医療機関での実施方法による接種となること、接種費用については依頼先の受入れ状況により実費徴収が必要な場合は一旦全額自己負担となることを承諾します。

また、予防接種後は、予診票の写しを泉佐野市に提出することに同意します。

## 記

1. 予防接種の種類・回数（何回目） \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. 被接種者 氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 S・H 年 月 日生  
住所 泉佐野市 \_\_\_\_\_
3. 予防接種依頼書の提出先は（  ①医療機関 ・  ②滞在先市町村 ）  
市町村へ依頼の場合、接種費用は（  有料 ・  無料 ）
4. 3の①の場合、予防接種を実施する医療機関名 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ 担当者 \_\_\_\_\_
- 3の②の場合、予防接種を実施する市町村名 \_\_\_\_\_  
担当部署・担当者 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_
5. 依頼理由  
\_\_\_\_\_
6. 滞在先の連絡先（住所・氏名・電話）  
住所（〒 \_\_\_\_\_ ）（ \_\_\_\_\_ 様方）  
氏名 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）  
電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_