

予防接種依頼書の交付申請書
(高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種・高齢者インフルエンザ予防接種用)

令和 年 月 日

泉佐野市長 様

申請者 氏名.....
被接種者との続柄 (.....)
〒
住所.....
電話番号.....

下記の理由により予防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	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種・ <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ予防接種	
2. 被接種者	氏名	
	生年月日 (明治・大正・昭和) 年 月 日 () 歳	
	住所 泉佐野市	
	電話番号 :	
3. 依頼理由	<input type="checkbox"/> 入所中のため <input type="checkbox"/> 入院中のため <input type="checkbox"/> その他 ()	
4. 依頼書の宛名	<input type="checkbox"/> 市町村長 <input type="checkbox"/> 医療機関長	
5. 依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 施設・医療機関	
6. 予防接種を実施する市町村名 (5で市町村に送付する場合記載)	市町村名 :	
	担当部署・担当者 :	
	所在地 :	
	電話番号 :	
7. 入所・入院施設等の連絡先	名称 :	
	担当部署・担当者 :	
	所在地 :	
	電話番号 :	
9. 接種する入所・入院施設は、当該施設所在市町村に指定されていますか?	はい ・ いいえ	
10. 接種医療機関名の連絡先 (入所施設の場合)	名称 :	
	所在地 :	

設問 4. 5. 6. 9. 10 を、入所・入院施設又は、市町村にご確認の上、申請してください。