

予防接種依頼書の交付申請書

年 月 日

泉佐野市長様

申請者 住所 泉佐野市
氏名 (続柄)
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、予防接種実施後は、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 年 月 日生
住所 泉佐野市
3. 予防接種依頼書の提出先について、下記①②より選択し、必要事項を記入してください。
 ①医療機関 ⇒ 予防接種を実施する医療機関名
所在地
電話番号 担当者
 ②医療機関所在地の市町村 ⇒ 予防接種を実施する市町村名
担当部署の所在地
(〒 -)
電話番号 担当部署・担当者
予防接種を実施する医療機関名
接種費用は (①有料 ・ ②無料)
4. 依頼理由
里帰り中 ・ 入院中 ・ その他 ()
5. 滞在先の連絡先 (住所・氏名・電話番号)
住所 (〒 -) (様方)
氏名 (被接種者との続柄)
日中に連絡のつく連絡先