令和　　年　　月　　日

東大阪市長　あて

申請者
住所
氏名

予防接種法に基づく接種依頼書の交付申請書

下記のとおり、他市町村において実施される予防接種の実施依頼書の交付を申請します。

記

予防接種の種類	
接種を受ける人 （被接種者）	氏名：
	住所：〒　　－ 東大阪市
	生年月日：明治・大正・昭和 年　　月　　日生まれ
連絡先（TEL）	自宅・携帯・その他（　　） TEL　　－　　－
接種先市町村名	
依頼書送付先住所	・被接種者住所に同じ ・その他 （　　）
接種先機関名	
理由 ※いずれか 該当の番号に ○してください。	・接種先市区町村にかかりつけ医があるため 医療機関名（　　） ・接種先市区町村に滞在中のため 滞在先住所（　　） ・接種先市区町村に入院（入所）中のため 医療機関・施設名（　　） ・その他（　　）

＜提出先＞〒５７８－０９４１　東大阪市岩田町４－３－２２－３００

東大阪市保健所母子保健・感染症課　予防接種担当

電話番号　０７２－９６０－３８０５　　FAX　０７２－９６０－３８０９

※氏名および住所を記載した返信用封筒に切手を貼付し、交付申請書とあわせて郵送いただきますようお願い致します。