

(宛先) 東大阪市長

申請者

住所

氏名

被接種者との続柄 ()

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	RS ウイルス母子免疫ワクチン
接種を受ける人 (被接種者)	氏名 : 【健康管理番号】
	住所 : 〒 ー 東大阪市
	生年月日 昭和・平成 年 月 日生まれ
連絡先 (TEL)	自宅・携帯・その他 () TEL ー ー
出産予定日	令和 年 月 日
接種予定日 その時点の妊娠週数	令和 年 月 日 週 日 ※対象期間は 28 週 0 日から 36 週 6 日
依頼書送付先住所	1. 被接種者住所と同じ 2. その他 (様方)
接種予定医療期間名	名称 住所 〒 TEL ー ー
理由 ※いずれか 該当の番号に ○してください。	1. 東大阪市の外の医療機関に入院中 医療機関名 () 2. 里帰りのため 滞在先住所 () 3. かかりつけ医による接種を必要とするため 医療機関名 () 4. その他 ()

※感染症対策課記入欄 (受付日 処理日 文書番号 契・償)

<提出先>

〒578-0941 東大阪市岩田町 4-3-22-300

東大阪市保健所感染症対策課 予防接種担当 (TEL : 072-960-3805)

※依頼書は郵送でのお渡しになりますので、送り先住所を記載した返信用封筒に 110 円切手を貼付し同封してください。料金不足分は受取人払いとさせていただきます。