

申請者は、「本人」・「親族」・「被接種者の入居施設長」・「被接種者の入院医療機関院長」に限ります。本人以外が申請する場合は、住所の末尾に入所施設名や入院医療機関名、氏名欄に施設長や院長の氏名、被接種者との続柄欄に施設長や院長等の役職名を記載してください。
上記に該当しない方(ケアマネ等)が申請者となる場合、本人からの委任状を添付してください。

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 ※○で囲んでください 複数ワクチン選択可	・インフルエンザワクチン ・新型コロナワクチン
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 日中の連絡が可能な番号を記載
接種先市町村名	接種を希望される市区町村を記入 例:大阪市
依頼書送付先住所	1. 被接種者住所と同じ 2. その他 (いずれかに○をつける ※返信用封筒と同じ住所を記載してください
接種先機関名	名称 住所 〒 TEL — —
理由 ※いずれか 該当の番号に ○してください。	1. 接種先市区町村にかかりつけ医があるため 医療機関名 () 2. 接種先市区町村に滞在中のため 滞在先住所 () 3. 接種先市区町村に入院中のため 医療機関名 () 4. 接種先市区町村に入所中のため 施設名 () 5. その他 (

※感染症対策課記入欄 (受付日 処理日

< 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 : 072-955-3605)

※交付申請書を郵送する場合は、氏名および住所を記載した返信用封筒に

110円切手を貼付してください。

※ご注意

切手同封が無い場合(重量超過料金含む)は
着払いでの発送となります。

不足分をご負担ください。