

(宛先) 東大阪市長

みほん

令和 年 月 日

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	
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	1. 被接種者住所と同じ 2. その他 ( )
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 ( )

コメントの追加 [H1]: 申請書は、接種を受ける本人に代わって、親族、施設長、入院医療機関院長でも構いません。その場合は、入居施設名や入院医療機関名を記載してください。

コメントの追加 [H2]: 例: 高齢者インフルエンザ 成人用肺炎球菌

コメントの追加 [H3]: 日中に連絡がつく電話番号を記入ください

コメントの追加 [H4]: 接種を希望される市区町村をご記入ください。例: 大阪市

コメントの追加 [H5]: 接種を希望される医療機関所在地市区町村名をご記入ください。例: 大阪市

コメントの追加 [H6]: いずれかに○をしてください 外来医療機関や居宅介護支援事業所、通所サービス事業所など本人が居住しない場所への送付は原則不可です。

コメントの追加 [H7]: いずれかに○をしてください

※感染症対策課記入欄 (受付日 処理日 文書番号 契・他)

<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 (電話番号: 072-960-3805)

※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。