

予防接種依頼書交付申請書

申請日： 年 月 日

三郷市長 あて

申請者 住所

氏名

電話番号

被接種者との続柄

下記の理由により、接種医療機関で予防接種を受けることができるよう依頼書の交付を申請いたします。
※選択項目については該当に☑を付けてください。

Table with 4 columns: 予防接種の種類, 予診票の有無, フリガナ, 被接種者氏名, 生年月日, 被接種者住所, 申請理由, 医療機関名, 医療機関住所, 送付先の希望.

※個人情報が含まれますので、申請は窓口あるいは郵送でお願いいたします。
※この申請書が市役所に届いてから、依頼書を発行するまで約1~2週間程度かかります。
接種予定日まで、期間に余裕を持って申請してください。

《下記、市使用欄》

三郷市住民に対する予防接種法に基づく予防接種について（依頼）

医療機関の長 様

本市住民が貴院での上記予防接種を希望しておりますので、予防接種を実施いただきますようお願い申し上げます。

なお、予防接種による健康被害が発生した場合は、本市で対応いたします。

令和 年 月 日

三郷市長 木津 雅晟

※押印がないものは無効です

Table with 5 columns: 受付者, 受付方法, 窓口・郵送, 処理日

記入例

予防接種依頼書交付申請書

申請日：令和 ● 年 ● 月 ● 日

三郷市長 あて

申請者 住所 三郷市花和田 6 4 8 - 1
氏名 三郷 花子
電話番号 0 4 8 - 9 5 3 - 1 1 1 1
被接種者との続柄 妻

下記の理由により、接種医療機関で予防接種を受けることができるよう依頼書の交付を申請いたします。
※選択項目については該当に☑を付けてください。

予防接種の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	予診票の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
フリガナ	ミサト タロウ	生年月日	大・昭 <input checked="" type="checkbox"/> 31 年 10 月 1 日 平・令 (満 65 歳)
被接種者氏名	三郷 太郎		
被接種者住所	三郷市 花和田 6 4 8 - 1		
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 下記医療機関がかかりつけのため <input type="checkbox"/> 施設入所のため <input type="checkbox"/> 入院中のため <input type="checkbox"/> その他 ()		
医療機関名	〇〇病院		
医療機関住所	〇〇県〇〇市〇〇 1 - 2 - 3		
送付先の希望	<input checked="" type="checkbox"/> ①住所登録地(三郷市の住所) <input type="checkbox"/> ②申請者の住所 <input type="checkbox"/> ③滞在先の住所 <input type="checkbox"/> ④その他	③、④を選択したかたは、下記にご記入ください。 住所：〒 宛先： (方書： 様方)	

《下記、市使用欄》

三郷市住民に対する予防接種法に基づく予防接種について（依頼）

医療機関の長 様

当市住民が貴院での上記予防接種を希望しておりますので、予防接種を実施いただきますようお願い申し上げます。

なお、予防接種による健康被害が発生した場合は、当市で対応いたします。

令和 年 月 日

三郷市長 木津 雅晟

※押印がないものは無効です

受付者		受付方法	窓口・郵送	処理日	
-----	--	------	-------	-----	--