

年 月 日

宇治市長 へ

## 予防接種依頼書交付申請書

下記のとおり、他府県において予防接種を受けたいので依頼書の交付を申請します。

|                       |            |   |                                   |
|-----------------------|------------|---|-----------------------------------|
| 予防接種名                 |            | <input type="checkbox"/> 高齢者等インフルエンザ          | <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌 |
| 被接種者                  | ふりがな<br>氏名 |   |                                   |
|                       | 生年月日       | 明・大・昭 年 月 日 ( 歳)                              |                                   |
|                       | 本市住所       | 〒 宇治市<br>電話( - )                              |                                   |
| (被接種者と違う場合)<br>申請者    | ふりがな<br>氏名 |   |                                   |
|                       | 被接種者との関係   |   |                                   |
|                       | 住所         | 〒<br>電話( - )                                  |                                   |
| 依頼先<br>(接種予定医療機関・施設等) |            | 名称:<br>住所: 〒 -<br>電話( - - )                   |                                   |
| 依頼期間                  |            | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日                           |                                   |
| 依頼先での接種理由             |            | かかりつけ医 ・ 入所中 ・ 入院中 ・ その他 ( )                  |                                   |
| 依頼書送付先住所              |            | ( 被接種者と同じ ・ 申請者と同じ )<br>※それ以外の場合は以下に記入<br>〒 - |                                   |
| 送付先 氏名・施設名称           |            |   |                                   |