



宇 治 市 長 あて

(様式 1)
年 月 日

予防接種依頼書交付申請書

下記のとおり、宇治市協力医療機関以外で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		高齢者等インフルエンザ予防接種
被接種者	ふりがな氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	本市住所	〒 宇治市 電話(-)
(被接種者と違う場合) 申請者	ふりがな氏名	
	被接種者との関係	
	住所	〒 電話(-)
依頼先 (接種予定医療機関・施設等)		名称: 住所: 〒 - 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) ※それ以外の場合は以下に記入 〒 -
送付先 氏名・施設名称		

<処理欄> ※以下記入不要

担当	確認	入力日	発送日	起案番号	備考
		/	/	号	