

平成 年 月 日

(あて先)

枚方市長

申請者

住所:

氏名: 続柄()

電話番号: () —

予防接種実施依頼書交付申請書 (B類)

枚方市が実施する予防接種を、下記の理由により受けることができません。
つきましては、_____において接種を受けたいため、予防接種実施依頼書の発行を申請します。

記

1. 被接種者 (予防接種を受ける人)

※申請者と同じ場合は、生年月日のみご記入ください。

住所: _____

氏名: _____

生年月日: 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)

電話番号: () —

2. 申請する予防接種の種類

高齢者肺炎球菌予防接種

高齢者インフルエンザ予防接種

3. 枚方市取扱医療機関で接種ができない理由

施設に入所中 (施設名 _____)

病院に入院中 (病院名 _____)

かかりつけ医療機関で接種を希望

その他 (_____)

4. 接種する市町村名、医療機関名

5. 滞在先

住所: _____

施設名: _____

電話番号: () —

記入見本

記入した日をご記入ください

平成 30 年10 月 1日

(あて先)
枚 方 市 長

申請書を記入した人のご住所・氏名をご記入ください。

施設職員等、本人・家族以外の人
が記入する場合は、本人・家
族に代筆する了承を得て代筆
し、了承を得た旨と、代筆者名
をご記入ください。

申 請 者

住 所：枚方市禁野本町2丁目 13-13

氏 名：保健 太郎 続柄（本人）

電話番号：(072)840-7221

予防接種実施依頼書交付申請書（B類）

枚方市が実施する予防接種を、下記の理由により受けることができません。

つきましては、〇 〇 市において接種を受けたいため、予防接種実施依頼書
の発行を申請します。

記

1. 被接種者（予防接種を受ける人）

※申請者と同じ場合は、生年月日のみご記入ください。

住 所： _____

氏 名： _____

生年月日：明治・大正・**昭和** 28 年10 月 1日（ 65 歳）

電話番号：（ _____ ） _____

2. 申請する予防接種の種類

高齢者肺炎球菌予防接種

高齢者インフルエンザ予防接種

該当欄にチェックして
ください。

3. 枚方市取扱医療機関で接種ができない理由

施設に入所中（施設名 _____）

病院に入院中（病院名 _____）

かかりつけ医療機関で接種を希望

その他（ _____ ）

4. 接種する市町村名、医療機関名

〇〇市の〇〇病院

5. 滞 在 先

住 所： _____

施 設 名： _____

電話番号：（ _____ ） _____

枚方市以外で滞在している場合は、
滞在先の住所、連絡先をご記入くだ
さい。