

(宛先) 城陽市長

申請者 住 所 城陽市  
 氏 名 (続柄: )  
 連絡先 - -

予防接種依頼文（高齢者用）の交付申請について

下記のとおり城陽市の定める予防接種協力医療機関以外で予防接種を受けたいので、予防接種依頼文の交付を申請します。

記

被接種者	住 所	城陽市 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	( <input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和) 年 月 日
予防接種の種類		<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症
協力医療機関で接種を受けられない理由		<input type="checkbox"/> かかりつけ医が協力医療機関でないため <input type="checkbox"/> 住所地と異なる場所に居住または一時滞在しているため (市町村名: ) <input type="checkbox"/> 医療機関または施設等に入所しているため (施 設 名: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
予防接種を受ける医療機関名等		(所在市町村名: ) ※入所施設内の診療所が直接接種を行う場合は施設名を記入してください。
接種予定日		<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定

依頼文送付先（上記の住所以外に送付を希望する場合のみご記入ください）

〒 ( - )	
住 所	( 様方)
氏 名	(続柄: )
連絡先	- -

市処理欄

課長	主幹	課長補佐	係長	起案者	文書主任	起案日	交付日	宛名番号	管理番号
						/	/		