

インフルエンザ予防接種依頼書発行申請書

柏原市長様

令和 年 月 日

他市町村で接種を希望しますので、依頼書の交付を申請いたします。

(施設用)

申請者	住所	〒	
	氏名		
	電話番号	()	
被接種者名	生年月日	住 所	
	T・S . .	柏原市	
	T・S . .	柏原市	
	T・S . .	柏原市	
	T・S . .	柏原市	
	T・S . .	柏原市	
	T・S . .	柏原市	
	T・S . .	柏原市	
	T・S . .	柏原市	
	T・S . .	柏原市	
	T・S . .	柏原市	
予防接種の種類	インフルエンザ		
接種理由 (○をつけてください)	1	かかりつけ医による接種 (人工透析・継続治療中)	
	2	柏原市以外の医療機関への入院、柏原市以外の施設等への入所	
	3	市外に長期滞在しているもの。	
	4	その他()	
滞在先	〒		
	入院・入所・滞在先の名称		
	電話番号	()	
予防接種実施 医療機関	医療機関名		
	所在地		
依頼書送付先 ○をつけてください	(申請者の住所・滞在先) その他の場合は下記に記入してください。 〒		

依頼書の宛先	1 市町村長 あて 2 医療機関 あて
接種費用	接種医療機関のある自治体の公費負担制度 利用できる・利用できない(自己負担)

【提出先】 柏原市 健康部 健康づくり課 予防接種担当

〒582-8555 柏原市安堂町1番55号 ☎:072-920-7381