

様

明 石 市 長 丸 谷 聡 子
(公 印 省 略)

予防接種実施依頼書

下記のとおり本市の市民が、予防接種を受けることを希望しておりますので、接種して下さるようお願いいたします。

なお、当該予防接種に起因する健康被害の救済については、本市が責任を持って処理いたします。ただし、接種費用については、被接種者から徴収くださるようお願いいたします。

※接種完了後はお手数ですが、予診票の写しをご送付くださるようお願いいたします。

申請者記入欄	予防接種実施依頼書交付申請書	年 月 日
--------	----------------	-------

明 石 市 長 様

〒 ー

(申請者) 住 所

氏 名 (続 柄)

※申請者は本人または家族に限ります。

電話番号

※日中連絡のつく番号をご記入ください。

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付をお願いします。

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏 名			
	住 所	電話 () ー		
予防接種の種類 (接種予定の予防接種に☑)		<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナ <input type="checkbox"/> 風しん		
接種を希望する 医療機関		名称： 住所：〒 ー		
接種予定日		年 月 日		
滞在先住所 (※) (施設名・病院名も記載)		〒 ー 電話 () ー		
市指定の実施医療機関 で接種できない理由 (該当するものに☑)		<input type="checkbox"/> かかりつけ医での接種を希望 <input type="checkbox"/> 上記施設に入所中のため <input type="checkbox"/> 上記病院に入院中のため <input type="checkbox"/> その他 ()		
滞在期間 (※)		年 月 日から 年 月 日まで		
依頼書の返送希望先 (いずれかに☑)		<input type="checkbox"/> 被接種者の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所		

※住民登録の住所以外に滞在されている場合(施設、病院など)のみご記入ください
※この依頼書の有効期限は(交付日の属する年度の末日 年 月 日)までです。

(明石市処理欄)

送付先	<input type="checkbox"/> 住民票上(明石市)の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所(上記施設及び病院) <input type="checkbox"/> 申請者住所	発送日	年 月 日 発送
-----	--	-----	----------