

定期予防接種依頼書交付申請書

※太枠の中をご記入ください。

藤 沢 市 長				〇〇〇〇年 1月 14日	
被接種者住所				藤沢市朝日町 1 - 1	
被接種者氏名				藤 沢 太 郎	
代筆者氏名				藤 沢 一 郎 (続柄 長男)	
他の市町村で予防接種法に基づく定期予防接種を受けたいので、依頼書の交付をお願いします。なお、この申請に関し住民記録情報を市長が利用することに同意します。					
被接種者氏名	藤 沢 太 郎		性 別	男 ・ 女	
生年月日(年齢)	昭和 24 年 4 月 17 日 (〇〇歳)				
接種場所 (市町村名及び医療機関名)	横浜市横浜町 1 - 1 - 1 (横浜病院)				
予防接種の種類	高齢者肺炎球菌ワクチン				
依頼理由	施設入所中の為				
連絡先(滞在場所)	〒 244-0000 電 話 123(456)7890				
	住所 横浜市横浜町 1 - 1 - 1 横浜老人介護施設 横浜の家				
依頼書送付先	・住所 () ・入所施設 () ・連絡先 () ・その他 ()				
依頼書送付先宛名	・本人 () ・代筆者 () ・その他 ()				

上記申請につき、依頼書を交付してよろしいでしょうか。

課 長	主 幹	課長補佐	主 査	担 当	公印使用 承認印	起案日	年	月	日
						決裁日	年	月	日
						施行日	年	月	日