

課長	課長代理	係長	担当

～他市医療機関での～

交野市定期予防接種依頼書交付申請書

交野市長 様

下記理由により、交野市契約医療機関以外での接種を希望します。

年 月 日

ふりがな			
接種者氏名			
生年月日・年齢	年	月	日 (歳 か月)
住所・電話番号	交野市 Tel () -		
(連絡先住所・電話番号) ※里帰り先等、上記住所と違う 場合はご記入ください。	〒 - Tel () -		
保護者氏名	続柄		
※依頼書送付先	交野市の自宅・里帰り先等上記連絡先・その他()		
予防接種名		回数	
定期接種医療機関名 接種先医療機関住所 電話番号	機関名： 住所： Tel () -		
(理由)	ア. アレルギー等の疾患があり、かかりつけ医での接種が望ましい イ. 里帰り等で () 市・区・町・村に長期滞在中 ウ. 市外に所在する学校に就学しているため エ. その他 () [受付者]		

依頼書宛先名	
市町村長 宛	病院長宛

自己負担	
無	有

予防接種手帳	
無	有