

記入見本

「予防接種依頼書交付申請について」を参照しご記入ください

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。

2020 年 4 月 2 日

ふりがな	かたの はなこ		
接種者氏名	交野 花子		
生年月日・年齢	2020 年 2 月 1 日 (歳 2 か月)		
住所・電話番号	交野市 天野が原町 5-5-1 ○○マンション 201 号 Tel (072) 893-6405		
(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。	〒 ○○○ - ○○○○ ○○県△△市○○町○○ - ○○ ○○様方 Tel (○○○○) ○○○-○○○○		
保護者氏名	交野 太郎 続柄 父		
※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	B型肝炎	回数	1・2 回目
	ヒブ		1・2・3 回目
	小児用肺炎球菌		1・2・3 回目
	4 種混合		1・2 回目
(定期接種医療機関名) 接種先医療機関住所 電話番号	(○○○○小児科) ○○県△△市○○町○ - ○ 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]		

表札のお名前が異なる場合記入してください

日中、連絡の取れる電話番号

受ける予防接種名と回数を記入してください

当てはまる項目を囲む

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

接種先の市区町村に確認し該当する箇所を囲む

交野市の予防接種手帳を持っていますか