

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

令和 年 月 日

(あて先) 久御山町長

(〒 —)

申請者住所 _____

フリガナ

氏名 _____ (続柄: _____)

電話 _____

下記理由により、他地において予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。

※下記の太枠の中をご記入ください。

被接種者 フリガナ 氏名	※申請者と同じ場合のみ記入は不要です。 (□←申請者と同じ氏名の場合はこちらにチェック)		
	フリガナ		
住所	(〒 —) 久御山町	電話番号	— —
生年月日	大・昭 年 月 日 (接種時 歳)		
予防接種の種類 (該当に○)	带状疱疹	高齢者用肺炎球菌 (20 価)	
	高齢者等インフルエンザ	新型コロナワクチン	
依頼先医療機関 (接種医療機関) 等 の住所・名称	(〒 —)	電話番号	— —
当町で受けられない理由			
滞在先 (入院・入所施設) 等の住所・名称	(〒 —)	電話番号	— —
依頼書送付先 (該当に○)	申請者住所	被接種者住所	滞在・入院等住所
備考 (接種予定日等)	令和 年 月 日接種予定		

見 本

带状疱疹・高齢者用肺炎球菌(20価)・高齢者等インフルエンザ・新型コロナワクチン

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

令和 年 月 日

(あて先) 久御山町長

(〒 ー)

申請者住所 _____

フリガナ _____

氏名 _____ (続柄: _____)

電話 _____

下記理由により、他地において予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。
※下記の太枠の中をご記入ください。

被接種者 フリガナ 氏名	※申請者と同じ場合のみ記入は不要です。 (☑ ←申請者と同じ氏名の場合はこちらにチェック)		
	申請者と違う場合は記入して下さい。		
住 所	(〒〇〇〇-〇〇〇〇)	電話番号	0774-45-3906
	久御山町 島田ミスノ38番地		
生 年 月 日	大・(昭) XX年 XX月 XX日	(接種時 XX歳)	
予防接種の種類 (該当に○)	○	带状疱疹	高齢者用肺炎球菌(20価)
		高齢者等インフルエンザ	新型コロナワクチン
依頼先医療機関 (接種医療機関)等 の住所・名称	(〒123-4567)	電話番号	1234-56-7890
	京都市〇〇病院 京都市 △△町 □□ XX-XX		
当町で受けられない理由	入所のため …等		
滞在先 (入院・入所施設) 等の住所・名称	(〒123-4567)	電話番号	0987-65-4321
	京都市長寿老人ホーム 京都市 △△区 □□町 XX-XX		
依頼書送付先 (該当に○)	○	申請者住所	被接種者住所 滞在・入院等住所
備 考 (接種予定日等)	令和 XX年 XX月 XX日接種予定		

