

摂津市高齢者帯状疱疹予防接種実施依頼書交付申請書(施設用)

令和 年 月 日

摂津市長 様

申請者 施設所在地

施設名
(施設の種別: 養護・特養・軽費・老健・その他)

代表者名

電話番号

担当者名

次のとおり摂津市以外で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

予防接種を受ける 医療機関名等	(市・町)
理由	1. かかりつけ医のため 2. 入院中のため 3. 入所中のため

	ふりがな 氏名	生年月日	住 所
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

※ この申請は、予防接種を接種する前のみ有効です。接種後の申請はできません。

公印	課長	課長代理	係長	係員	受付	還付申請書
						渡し未 済

お渡し方法	
<input type="checkbox"/> 窓口受け取り	<input type="checkbox"/> 郵送(申請者/その他)