

摂津市带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
☐ 窓口受け取り ☐ 郵送(申請者／その他)