

予防接種実施依頼申請書

伊丹市長 様

次のとおり 市・町・村へ依頼されますよう申請いたします。
なお、当該市町村において接種料が有料の場合は自己負担することといたします。

申請者 住 所

TEL

氏 名 (続柄)

被接種者	住 所	伊丹市 TEL (—)
	フリガナ 氏 名	
	生年月日 (和暦)	年 月 日生 年齢 歳 か月
予防接種の種類		高齢者肺炎球菌感染症 高齢者带状疱疹 (ビケン/シングリックス 1 回目・2 回目) 季節性インフルエンザ 新型コロナウイルス感染症
接種医療機関名 入 所 施 設 名		TEL () —
接種を希望する理由 に○をして下さい		かかりつけ医 (入院中) の為・施設入所中の為・長期滞在の為 その他の理由 ()

伺) 上記のとおり申請がありましたので、別紙により依頼してよろしいか。

課長	主幹	主査	担当

電 話	
受付月日	受付者
本用紙により作成される依頼書について、 ① () 市・町・村長名宛 ② () 病院長宛 の発行を希望いたします。	