

予防接種実施依頼書の申請をする方へ

1. 県外の医療機関での予防接種を希望する場合は、下記の点について滞在している市区町村にご確認ください。

- ①上郡町民であるが、希望する医療機関で接種できるかどうか
- ②依頼書の宛名は、当該市区町村長か接種医療機関の院長か
- ③依頼書の提出先は、当該市区町村の担当部署か接種医療機関か
- ④依頼書の郵送先は、どこか

2. 申請書を記入し、身分証明できるもののコピーを添えて、提出してください。

・申請者と接種者が異なる場合は、それぞれの身分証明できるもののコピーを添付してください。

3. 後日、ご指定の送付先に依頼書を郵送します。

《提出・問い合わせ先》

〒678-1231

赤穂郡上郡町上郡500-1

上郡町保健センター

TEL:0791-52-2188

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

上郡町長 あて

申請者

住 所 赤穂郡上郡町 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の発行をお願いします。なお、接種を希望する市区町村の了解を得ています。

被接種者	フリガナ		性別	男・女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)		
	住 所	赤穂郡上郡町 電話番号 () _____		
予防接種名	* <input type="checkbox"/> にチェックしてください <input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ			
申請理由	<input type="checkbox"/> 長期滞在 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 ()			
接種実施機関	市 町 名 (保健所名)	電話番号 () _____		
	医療機関名			
依頼書の宛名	<input type="checkbox"/> 市区町村長宛 <input type="checkbox"/> 病院長宛			
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者の住所 (以下記載不要) <input type="checkbox"/> その他 (以下記載) 住所: (〒 _____) 宛名: _____ (_____ 様方)			
滞在先の 連絡先	住所: (〒 _____) _____ 様方 電話番号 () _____			

記載例

予防接種実施依頼書交付申請書

平成31年 4月 3日

上郡町長 あて

申請者

住 所 赤穂郡上郡町上郡 500-1

氏 名 上郡 円心

電話番号 (0791) 52 - 2188

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の発行をお願いします。なお、接種を希望する市区町村の了解を得ています。

被接種者	フリガナ	カミゴオリ エンシン		性別	Ⓐ・女
	氏 名	上郡 円心			
	生年月日	S19年 4月 10日 (74歳 11カ月)			
	住 所	赤穂郡上郡町上郡 500-1 電話番号 (0791) 52 - 2188			
予防接種名	*□にチェックしてください <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 季節性インフルエンザ				
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 長期滞在 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 ()				
接種実施機関	市 町 名 (保健所名)	〇〇県〇〇市 〇〇保健所 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
	医療機関名	〇〇病院			
依頼書の宛名	<input checked="" type="checkbox"/> 市区町村長宛 <input type="checkbox"/> 病院長宛				
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者の住所 (以下記載不要) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (以下記載) 住所: (〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇2-2 宛名: 上郡 円心 (〇〇 〇〇 様方)				
滞在先の連絡先	住所: (〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇2-2 〇〇〇〇 様方 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇				