|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **予防接種依頼書交付申請書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （宛先） 高槻市長 | | | | | | | | 申請日 | | | | | | 年 　　 月 　　日 | | | | | |
| （フリガナ） | |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 被接種者名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 高槻市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | |  | |  | |  | | | | | | |  |  |
| ※被接種者以外が申請する場合は以下にご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者名 | |  | | | | | | | | | | | 続柄 | | □ 親族 (　　　　　　 　 ) | | | | |
| □ 施設職員 | | | | |
| □ その他 (　　　　　 　 ) | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設名等  ※続柄が施設職員の場合 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | |  | |  | |  | | | | | | |  |  |
| ※郵送をご希望の方は以下にご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先 | | １．被接種者住所　　２．申請者住所　　３．その他（以下にご記入ください） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先宛名  ※「３.その他」の場合 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所  ※「３.その他」の場合 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | | |  | |  | |  | | | | | | |  |  |
| ※被接種者と申請者が異なる場合は、必ず被接種者の同意を得てから申請してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **※この申請は接種前の申請のみ有効です。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 私は下記内容により予防接種依頼書の交付を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 予防接種の種類 | | | 風しん第５期予防接種 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 接種医療機関が  所在する市区町村 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 市・区・町・村 | | |
| 依頼理由 | | | １　接種医療機関が高槻市以外の市区町村であるため | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２　他市町村に滞在しているため（※施設入所の場合は以下に記入） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 施設名等： | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 施設所在地： | | | | | | | | | | | | | | |
| ３　その他 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 高槻市  記入欄 | 月　　日 | 発行番号 | 受付者 | 確認者 | ＴＬ | No. | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |