令和　　年　　月　　日

（宛先）東大阪市長

申請者

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被接種者との続柄（　　）

予防接種法に基づく接種依頼書の交付申請書

下記のとおり、他市町村において実施される予防接種の実施依頼書の交付を申請します。

記

予防接種の種類 ※○で囲んでください 複数ワクチン選択可	・成人用肺炎球菌：１回 ・帯状疱疹（生ワクチン）：１回 ・帯状疱疹（組換えワクチン）：１回目　・　２回目 **※対象外のワクチンは発行できません**
接種を受ける人 （被接種者）	氏名：
	住所：〒　　－ 東大阪市
	生年月日：明治・大正・昭和　　年　　月　　日生まれ
連絡先（TEL）	自宅・携帯・その他（　　） TEL　　－　　－
接種先市町村名	
依頼書送付先住所	１．被接種者住所に同じ ２．その他 （　　）
接種先機関名	名称 住所　〒 TEL　　－　　－
理由 ※いずれか 該当の番号に ○してください。	1.接種先市区町村にかかりつけ医があるため 医療機関名（　　） 2.接種先市区町村に滞在中のため 滞在先住所（　　） 3.接種先市区町村に入院中のため 医療機関名（　　） 4.接種先市区町村に入所中のため 施設名（　　） 5.その他（　　）

※感染症対策課記入欄（受付日　　処理日　　文書番号　　契・他）

＜提出先＞

〒578-0941　東大阪市岩田町 4-3-22-300

東大阪市保健所感染症対策課　予防接種担当　（TEL：072-960-3805）

※交付申請書を郵送する場合は、氏名および住所を記載した返信用封筒に

１１０円切手を貼付してください。