

依 頼

風しん（第5期）
予防接種依頼書発行申請書

令和 年 月 日

池田市長 様

下記のとおり、他市での予防接種を希望するため、依頼書の発行を申請します。

申請者氏名			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日生
	(歳)		
住 所	池田市		
電 話 番 号			
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> MR ワクチン		
抗体検査日	令和	年	月 日
抗体検査結果	検査方法：() 法 / 抗体価： ()		
理 由	<input type="checkbox"/> ①かかりつけの医療機関が市外にあるため <input type="checkbox"/> ②その他 ()		
接種医療機関	所在地：() 都道 () 市区 府県 () 町村 名 称：		

※ 申請手続きを代理人に委任する場合は、下記委任状の記入をお願いします。

委 任 状

私は下記の者を代理人と定め、上記の予防接種の依頼申請に係る権限を委任します。

代理人氏名

代理人住所

代理人電話番号

本人との続柄

市記入欄

抗体検査結果確認済

申請者	<input type="checkbox"/> 本人確認(1点)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証/経歴証	<input type="checkbox"/> パスポート
		<input type="checkbox"/> 身体/精神障害者手帳	<input type="checkbox"/> 写真付住基カード	<input type="checkbox"/> 在留カード
代理人	<input type="checkbox"/> 本人確認(1点)	<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> 医療受給者証
		<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> その他 ()	

決 裁	課 長	係 員	発行日	発行者	発行方法	確認者	他 市 依 頼
			/	Ⓜ	<input checked="" type="checkbox"/> 手交 <input type="checkbox"/> 郵送	Ⓜ	