

依頼

带状疱疹
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 带状疱疹

生ワクチン

ワクチンの種類 不活化(組換え)ワクチン(1・2回目)

不活化(組換え)ワクチン(2回目) 1回目接種日: 年 月 日

理由 ①かかりつけの医療機関が市外にあるため

② () に入院・入所中

③その他 ()

接種医療機関 所在地: () 都道府県 () 市区町村
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

接種記録確認欄
<input type="checkbox"/> 未接種
<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン1回接種済み 1回目接種日 (年 月 日)

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"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 年金手帳				
決裁	課長	係員	発行日	発行者	発行方法	確認者	他市依頼
			/	印	<input checked="" type="checkbox"/> 手交 <input type="checkbox"/> 郵送	印	