

予防接種実施依頼書交付申請書

見本

成人用

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。

申請は原則申込者本人になりますが、本人の委任のもと家族、施設または医療機関から代理で申請される場合は下記代理人欄に必ずご記入ください。*

南山城村長あて

記入日： 年 月 日

申請者 *本人以外が記入する場合✓してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 代理者	住所 〒 (619 — 1411) ※滞在先(施設等)と同じ場合不要 例) 京都府相楽郡南山城村 ○○番地		
	氏名 例) 南山城 花子 本人以外が申請する場合、 <input checked="" type="checkbox"/> して代理者の氏名をご記入ください。 例) ご家族・医療機関・施設職員等 ※職員等が記入する場合は、施設の住所をお書きください。滞在先と同じ場合は不要です。		
予防接種を受ける者 *複数人の場合は、別紙【希望者名簿】に記載してください。	住所 〒 (619 — 1411) 例) 京都府相楽郡南山城村北大河原大相楽 4-10		
	氏名 例) 南山城 太郎	申請者との続柄 子(長女)	
生年月日 大正・昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日生 (○○ 歳)			
実施施設	滞在先(施設等) 住所 (〒 ○○ — ○○) 例) ○○県○○市○○町○○丁目○○番地	名称 例) ○○病院 特養○○ 老健○○など	
	連絡先 (電話)	2名以上の場合は、別紙「高齢者用定期予防接種希望者名簿」にご記入ください。 代理者が医療機関・施設等の場合、「続柄」は職員・施設長・ケアマネジャー等とご記入ください。	
	予防接種の種類 <input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 带状疱疹		
理由	<input checked="" type="checkbox"/> 入院(入所)中のため <input type="checkbox"/> かかりつけ医のため <input type="checkbox"/> その他 ()		
実施依頼書の宛名 実施依頼書の発行は受付後、約2週間かかりますのでご了承ください。	*実施依頼書の発行は受付後、約2週間かかりますのでご了承ください。 実施依頼書の宛名: <input checked="" type="checkbox"/> 施設等 (特別養護老人ホーム○○) <input type="checkbox"/> 医療機関 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
書類等送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 予防接種を受ける者の住所 <input checked="" type="checkbox"/> 滞在(入所)先住所 ※郵送の場合のみ送付を希望される住所に <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れてください。		
注意事項	・ 予防接種実施依頼書は、万が一健康被害が生じた場合、予防接種法第15条及びその他関係法令に基づき南山城村が責任をもって措置することを証明するものです。 ・ 接種する医療機関や施設等をご記入ください。滞在先が異なる場合や、接種費用について。*家族等が記入する場合は医療機関等に事前にご確認ください。 ・ 確認してください。肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス NP)の接種歴がある方は定期接種の対象外となります。 上記注意事項を確認した上で、予防接種実施依頼書の交付を申請します。 (代理者) 年 月 日 申請者氏名 南山城 花子		

※対象者自らの意思で接種を希望し、かかりつけ医の協力を得て、その意思に基づき申請してください。 (定期予防接種要請) 署名又は記名は申請者(又は代理者)の方がしてください。

宛先 〒619-1411 京都府相楽郡南山城村北大河原大相楽 4-10 南山城村保健福祉センター予防接種担当まで
 電話番号: 0743-93-0294 FAX: 0743-93-3711