

様

明 石 市 長 丸 谷 聡 子
(公 印 省 略)

予防接種実施依頼書

下記のとおり本市の市民が、予防接種を受けることを希望しておりますので、接種して下さるようお願いいたします。

なお、当該予防接種に起因する健康被害の救済については、本市が責任を持って処理いたします。ただし、接種費用については、被接種者から徴収くださるようお願いいたします。

※接種完了後はお手数ですが、予診票の写しをご送付くださるようお願いいたします。

申請者記入欄 予防接種実施依頼書交付申請書 年 月 日

明 石 市 長 様

〒 -

(申請者) 住 所

氏 名 (続 柄)

※申請者は本人または家族に限ります。

電話番号

※日中連絡のつく番号をご記入ください。

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交付をお願いします。

Table with 4 columns: 被接種者 (フリガナ, 氏名, 住所, 生年月日), 予防接種の種類, 接種を希望する医療機関, 接種予定日, 滞在先住所, 市指定の実施医療機関で接種できない理由, 滞在期間, 依頼書の返送希望先.

※住民登録の住所以外に滞在されている場合(施設、病院など)のみご記入ください
※この依頼書の有効期限は(交付日の属する年度の末日 年 月 日)までです。

(明石市処理欄)

送付先 (住民票上(明石市)の住所, 滞在先住所(上記施設及び病院), 申請者住所) 発送日 (月 日 発送)