

年 月 日

柏市定期予防接種依頼書交付申請書（B類）

柏市長 あて

〒

申請者

住所

氏名

接種を受ける人との続柄

電話番号

次のとおり、千葉県外で定期予防接種を受けたいので、接種依頼書の交付を申請します。

予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ
---------	----------------------------------	-------------------------------------

高齢者肺炎球菌予防接種は、過去に接種歴のある方への依頼書の交付はできません。

接種を受ける人	住 所	柏 市			
	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日	明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和	年	月	日
	電話番号				
申請理由	1 入院中のため	病名 ()			
		医療機関名			
		所在地			
	2 施設入所中のため	施設名 ()			
		所在地 (電話)			
	3 次の4障害の内部機能障害1級により通院中、主治医の指示により (心臓機能障害, じん臓機能障害, 呼吸器機能障害, 免疫の機能障害)				
		医療機関名 (電話)			
4 () の理由により他市区町村に長期滞在中のため					
滞在先住所	〒	(依頼書送付先)			
	(様方)	申請者住所 ・ 滞在先			
依頼先 (電話番号)	(- -)				

市 処 理 欄
