

予 防 接 種 実 施 依 頼 書 発 行 申 請 書

令和 年 月 日

(宛先) 京 都 市 長

申請者 住 所

電話番号

ふりがな

氏 名

被接種者との続柄

下記のとおり、やむを得ず他都市において定期の予防接種を受けたいので、依頼書の発行を申請します。

予防接種の種類 *希望するものに○ を付けてください。	・ 高齢者インフルエンザ（※１） ・ 高齢者新型コロナウイルス（※１） ・ 高齢者肺炎球菌（※２） ・ 高齢者带状疱疹（※２） ※１ 予防接種実施依頼書は、京都市における定期接種期間中のみ有効です。 ※２ 予防接種実施依頼書の効力は発行日から ６か月間 です。接種予定日をもう一度御確認ください。		
ふりがな		生年月日	大・昭 年 月 日
被接種者氏名			
被接種者住所 及び電話番号	〒 電話番号 京都市 区		
依頼書の宛名 (市区町村長か 医療機関の院長か)	(注) 滞在先の自治体の予防接種担当部署に確認のうえ、以下該当するものを <u>１つだけ</u> 記入してください。 ・ 市区町村長 (都・道・府・県 市・区・町・村) ・ 医 療 機 関 () ・ そ の 他 ()		
他都市接種の理由			
滞在先住所 及び電話番号	〒 電話番号 様方		
依頼書送付先 *いずれかに○を 付けてください。	・ 被接種者住所 ・ 滞在先住所 ・ その他 (宛名:)		
接種予定日 *いずれかにご記入 ください。	* 受理してから発送するまで、約２週間かかりますので、余裕を持って提出をお願いします。 ・ 予 約 済 (令和 年 月 日) ・ 未 定 (令和 年 月頃接種予定) ・ そ の 他 ()		
本人接種意思確認	* 本人以外が申請する場合は、本人の接種意思を必ず確認し、以下にチェックをつけてください。 ☐ 本人の接種意思を確認した。		
備考			

(職員使用欄)

受付日：令和 年 月 日

担当者： _____区役所・支所 (担当者名_____)