

予防接種実施依頼書交付申請書

令和 7 年 月 日

尾道市長宛

申請者 よりがな 氏名 おのみち 尾道 檸檬

確実に連絡の取れる番号を記入してください

住所 ●●県●●市1-2-3

申請者と同じ場合は、✓してください

電話番号 0848-24-1961

申請者と異なる場合は記入してください

被接種者との続柄 本人
 その他 ()

広島県広域化予防接種受託機関以外での予防接種を希望しますので、下記のとおり申請します。

被接種者	(ふりがな) 氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	()	生年月日	昭和●●年 ●月 ●日 (●● 歳)
	住所 連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	尾道市 (TEL)		
	滞在先 住所 連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 - 様方 (施設の場合)施設名: TEL:		
予防接種名	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン <input checked="" type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン (<input type="checkbox"/> 生ワクチン <input checked="" type="checkbox"/> 組換えワクチン)				
予防接種を受ける医療機関	医療機関名: ●●クリニック		住所 〒 ●●● - ●●●● ●●県●●市4-5-6 (TEL ●●● - ●●●● - ●●●●) <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 事前に接種する医療機関を決めて、記入した医療機関で接種するようにしてください。 </div>		
依頼書送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 住所地	<input type="checkbox"/> 滞在先住所	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> 該当のものに✓してください </div>	
尾道市以外で接種する理由	<input checked="" type="checkbox"/> 長期にわたり県外に滞在しているため <input type="checkbox"/> 広域化予防接種受託医療機関でないため <input type="checkbox"/> その他 ()				
市職員記入 (依頼書について)					
自治体名・TEL		依頼書宛先		送付先	
<input type="checkbox"/> 自治体名 <input type="checkbox"/> TEL		<input type="checkbox"/> 自治体 <input type="checkbox"/> 医療機関		<input type="checkbox"/> 自治体 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 滞在先	