

(様式1)

成人・一括申込用

予防接種実施依頼書交付申請書

尼崎市長 あて

平成 年 月 日 交付番号 第 号

申請者	住所 〒 ()		
	施設名	施設の方が申請される場合、施設の所在地、施設名、代表者名、電話番号を記入の上で押印をしてください。	
	代表者	電話番号 ()	Fax番号 ()
接種希望者	別紙希望者名簿のとおり (氏名、性別、生年月日、年齢、住所)		接種される方の人数を記入してください。
種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症予防接種		受けられる予防接種にチェックをつけてください。
提出先	西宮市 ・ 芦屋市 ・ 伊丹市 ・ 宝塚市 ・ 川西市 ・ 猪名川町 ・ 三田市 その他 ()		予防接種をする医療機関がある市町村に○をつけるが「その他」にご記入ください。
理由	<input type="checkbox"/> 長期滞在のため <input type="checkbox"/> 入院(入所)中のため <input type="checkbox"/> かかりつけ医(接種医)のため <input type="checkbox"/> その他 ()		他の市町村で予防接種を受ける理由にチェックをつけてください。
注意事項	<p>・ 予防接種実施依頼書は、万一健康被害が生じた場合、予防接種法第15条に基づき本市が責任を持って措置することを証明するものです。</p> <p>・ 接種を希望する自治体によって、実施方法が異なる場合や、接種費用について自己負担額が異なる場合がありますので、必ず事前に接種を希望される市町村の予防接種担当課へご確認ください。なお、自己負担額が発生した場合でも、尼崎市では負担された接種費用はお返しできませんのでご注意ください。(自己負担が生じた場合は被接種者様の全額負担となります。)</p> <p>・ 高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種について、過去に肺炎球菌ワクチン(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。また、予防接種券(ハガキ)は本申請書受付時に回収させていただくか、ご自身で破棄していただくこととなります。</p> <p>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。</p> <p>平成 年 月 日 施設名</p> <p>代表者</p>		
交付します。 起案 平成 年 月 日 回議完了 平成 年 月 日		記入不要 係長 主任 係	
<input type="checkbox"/> 開示 <input checked="" type="checkbox"/> 不開示 条例第7条第2号該当 <input type="checkbox"/> 部分開示 . . まで			

太枠の欄をお読みいただき、日付と申請者の氏名をご記入ください。

高齢者用定期予防接種 希望者名簿

(施設名:)

No.	氏名	性別	生年月日	年齢	住所(住民票)	希望する予防接種
1						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
2						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
3						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
4						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
5						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
6						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
7						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
8						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
9						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
10						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
11						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
12						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
13						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
14						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
15						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
16						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
17						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
18						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
19						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌
20						<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌

施設名をご記入の上で、
接種される方の氏名、性別、生年月日、年齢、
住所、希望する予防接種の欄を記入してください。