

広域的予防接種申込書

年 月 日

明石市長様

住所 (続柄)
氏名
※申請者は本人または家族に限ります。
電話番号

予防接種法等に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

Table with 5 rows: 接種を受ける人 (住所, 氏名, 生年月日), 受ける予防接種の種類 (高齢者インフルエンザ, 高齢者肺炎球菌), 接種を希望する医療機関 (所在地, 医療機関名), 接種希望日 (年, 月, 日), 広域的予防接種を希望する理由

Table with 2 rows: 書類の返送先 (本人住所, 入所中の施設又は病院, 申請者住所), 世帯状況 (市民税課税世帯, 市民税非課税世帯, 生活保護世帯)

※ 明石市外へ転出されますと使用できません。

- 上記のことについて、下記の条件を付して承認します。
1 承認決定日 から(交付日の属する年度の末日 ・ 年 月 日)までの間に接種を受けてください。
2 上記の接種を希望する医療機関に対し予防接種に関する業務を委託しますので、接種当日に別紙依頼書、請求書及び予診票を当該医療機関あて提出ください。
・ 上記のことについて、承認しないこととします。(不承認の理由)

明保予第 号
年 月 日 明石市長 丸谷 聡子

(担当課 保健予防課)

* 個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。また、目的外の使用は禁止します。