

様式第1号の2 (第3条関係)

予防接種実施依頼書交付申請書
(高齢者施設等一括申請)

年 月 日

(宛先)

大津市長

申請者所在地

名称

代表者氏名

担当者名

電話番号

県外他市区町村の医療機関において定期予防接種を受けたいので、大津市定期接種に係る予防接種実施依頼書取扱要領第3条の規定に基づき、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

接 種 希 望 者 (被接種者)	人	別紙「被接種者一覧」 のとおり
本市で接種が 受けられない理由	☐ 養護者からの暴力等の理由で県外に事実上居住しているため ☐ 県外の医療機関がかかりつけであるため ☐ 県外の医療機関に長期にわたり入院・入所しているため ☐ 県外の医療機関に勤務する医師等が県内において実施する予防接種を受けるため 例) 大津市内に居住しているが、京都市内の病院医師の訪問診療で予防接種を受ける。 ☐ その他 ()	
接種を希望する医療機関	医療機関の名称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
依 頼 先	☐ 市区町村長 ☐ 医療機関の長	
予防接種実施依頼書の申請に関して被接種者から同意を得ている。 ☐		

様式第1号の2別紙（第3条関係）

被接種者一覽

[illegible]