

様式7の(2)
(B 類疾病予防接種用)

令和 年 月 日

大阪市 区保健福祉センター所長 様

申請者 住 所
電 話
氏 名

次の理由により、大阪市が実施する予防接種法に基づく（インフルエンザ・新型コロナウイルス・高齢者用肺炎球菌・带状疱疹）予防接種を他市で受けますので、依頼書を交付していただきますよう申請します。

被 接 種 者	住 所	大阪市 区
	氏 名	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日生（ 歳 か月）
予防接種の種類 （希望するものに○印をつけてください）		インフルエンザ・新型コロナウイルス 高齢者用肺炎球菌・带状疱疹
他市で接種する理由		
滞在地住所 及び電話番号	〒 電話番号： 様方	
	※予防接種を実施する医療機関の所在地が、滞在地の市町村と異なる場合は、医療機関所在地の市町村名も記載してください。 （ ）市・町・村	