

協力医療機関における定期予防接種承認申請書

年 月 日

葛城市長 様

太枠内をご記入ください。

申請者 (窓口に来られた方)	氏名	
	接種者との 続柄	本人 ・ 家族(同一世帯に限る) その他 () 委任状が必要です。
	住所	葛城市
	日中の連絡先	(- -)
接種を 受ける方	氏名	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	葛城市 ☐ 申請者と同じ
	日中の連絡先	(- -) ☐ 申請者と同じ
予防接種の種類 (☒ をつけて下さい。)		☐ 肺炎球菌感染症予防接種 ☐ インフルエンザ予防接種 ☐ 新型コロナウイルス感染症予防接種 ☐ 帯状疱疹予防接種 (☐ 生 ・ ☐ 組換え (1 回目 ・ 2 回目))
接種希望病院 及び予定日		所在地 () 市・町・村 名 称 () 予定日 年 月 日

以下、職員記入欄	受付職員名	
承認理由	① 上記医療機関・施設に入院・入所しているため ② 2次接種 () ③ 慢性疾患 1 次接種 () ④ かかりつけ医が市外医療機関であるため ⑤ その他 ()	

委 任 状

葛 城 市 長 様

代 理 人

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____

わたしは、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

〔 令和 7 年度 協力医療機関における定期予防接種承認
申請の手続きに関する一切の権限 〕

年 月 日

住 所 _____

接 種 者 _____ ⑩ _____

生年月日 _____ 大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____