

依頼先 神戸市立医療センター中央市民病院 小児科御中 FAX (078-302-2251)

Table with 4 columns: 医療機関名, 所在地, 電話番号, 医師氏名. Includes fields for '依頼年月日' and '令和 年 月 日'.

Table for recipient information: 住所 (神戸市 区 町・通・台 丁目 番 号), 受ける人 (ふりがな, 氏名, 男・女, 生年月日, 年齢), 保護者の氏名.

《主治医記載欄》

Main form area containing 1. 中央市民病院で接種を希望する予防接種の種類 (Oをつけてください) and 2. 令和 年 月 日に接種を見送った理由 (該当項目にO).

《中央市民病院記載欄》

Table for hospital recording: 接種・接種見合わせの別, 接種年月日, 医師氏名, 予防接種の種類と接種量, 備考.