

年 月 日

狛江市長 宛て

申請者 郵便番号：
 住所：
 氏名：
 （被接種者との続柄： ）
 電話番号：

狛江市予防接種依頼申請書

下記の協定外区市町村又は協力医療機関外の医療機関で予防接種の実施を希望するので、狛江市予防接種（B類疾病）実施要綱第6条第1項の規定により、申請します。

記

フリガナ 被接種者氏名	
被接種者の生年月日	年 月 日 (満 歳)
現住所	狛江市
滞在地・入所施設名	
希望する予防接種の種類	成人用肺炎球菌感染症・高齢者インフルエンザ
申請する理由	① 上記所在地に長期滞在のため ② 上記施設に入所のため ③ その他()
接種希望医療機関	医療機関名 _____ 住 所 _____ 電 話 _____
依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 現住所 <input type="checkbox"/> 滞在地住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> その他()