

令和 年 月 日

狛江市長 宛て

狛江市定期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

被接種者氏名	フリガナ
被接種者の生年月日	年 月 日 （満 歳）
被接種者住所	狛江市
申請者氏名	（被接種者との続柄： ）
申請者電話番号	
申請者住所	〒 _____ _____
入院・入所先	名 称 _____ 〒 _____ 住 所 _____
予防接種の種類 □に✓印を付けてください	☐ 成人用肺炎球菌感染症 ☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 帯状疱疹 ☐ 新型コロナウイルス感染症
申請理由 □に✓印を付けてください	☐ 疾病等により主治医の指示又は管理が必要なため ☐ 入院・施設入所のため ☐ その他 （ ）
接種希望医療機関	医 療 機 関 名 _____ 〒 _____ 住 所 _____ 電 話 番 号 _____
依頼書の送付先 □に✓印を付けてください	☐ 被接種者住所 ☐ 入院・入所先 ☐ 申請者住所 ☐ その他 （ ）

事務処理欄（記入不要）		
発送日	発送先	担当者