

令和 年 月 日

狛江市長 宛て

申請者 住所 狛江市  
 氏名  
 電話 ( )

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定期予防接種の実施を希望するので、狛江市定期予防接種（A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

ふりがな 被接種者氏名				
被接種者の生年月日	年 月 日（満 歳 箇月）			
滞在先住所				
電話番号				
実施医療機関名 (所在地)	( 区・市・町・村 )			
希望する予防接種の 種類及び回数	予防接種の種類	回数	予防接種の種類	回数
		回		回
		回		回
		回		回
希望する理由 (添付書類：有・無)				
依頼書の宛先	保健所長 区市町村長 _____ 様 病院長			

【協定外区市町村における担当者の連絡先】（※依頼先が医療機関ではない場合）

担当者名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_