

年 月 日

調布市長 宛

申請者 住所
氏名
被接種者との続柄
電話番号

調布市定期予防接種実施依頼書交付申請書

指定外医療機関で定期予防接種を受けたいため、下記のとおり調布市定期予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

被接種者	住所	〒		
	ふりがな		電話番号	()
	氏名			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
滞在先	名称			
	住所	〒		
	電話			
実施医療機関	名称			
	住所	〒		
	電話			
希望理由	1 医療機関に入院 2 施設に入所 3 その他 ()			
予防接種の種類	高齢者等インフルエンザワクチン・高齢者等新型コロナワクチン 高齢者等肺炎球菌ワクチン・带状疱疹ワクチン			
依頼書の宛名	1 市区町村長 2 予防接種医			
送付先	1 調布市の住民登録地 2 滞在先 3 医療機関			
その他				

※各ワクチンの対象者についての詳細は、調布市ホームページを御参照ください。

※特別な事情があり、1～3以外の送付先を希望する場合は、健康推進課まで御相談ください。