

申請者 住所 〒 _____

フリガナ

氏名 _____

電話 _____

予防接種を受ける方との続柄

- 本人 親族 施設職員等
 その他（ _____ ）

予防接種実施依頼書交付申請書

東久留米市長 宛

下記の理由により、他市町村で予防接種を受けるために、依頼書の交付を願います。

記

予 防 接 種 を 受 け る 方 の 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	フリガナ
予 防 接 種 を 受 け る 方 の 住 民 票 の 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	東久留米市
生 年 月 日	大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）	
予 防 接 種 の 種 類	<input type="checkbox"/> 予防接種法第5条第1項による高齢者インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> 予防接種法第5条第1項による新型コロナウイルス感染症予防接種	
東 久 留 米 市 で 接 種 を 受 け る こ と が で き な い 理 由	理由 <input type="checkbox"/> 介護施設に入所中の為 （施設名： _____ 施設住所： _____） <input type="checkbox"/> 医療施設に入院中の為 <input type="checkbox"/> かかりつけ医での接種を希望するため <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
接 種 を 希 望 す る 医 療 機 関	住所 名称	
依 頼 書 送 付 先	<input type="checkbox"/> 申請者の住所へ送付 <input type="checkbox"/> 予防接種を受ける方の住民票の住所へ送付 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	