

令和 年 月 日

申請者 住所 〒 _____

フリガナ _____ 被接種者との続柄

氏名 _____ (_____)

電話 _____

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 | フリガナ _____ |
| 生 年 月 日 | 大正・昭和 年 月 日 (歳) |
| 予 防 接 種 を 受 け る 方 の 住 民 票 の 住 所 | 東久留米市 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ (住所が申請者と同じ場合はチェックしてください) |
| 予 防 接 種 の 種 類 | 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 |
| 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 <input type="checkbox"/> 医療施設に入院中の為 <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| 接 種 を 希 望 す る 医 療 機 関 | 住所 名称 電話 |
| 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所へ送付 <input type="checkbox"/> その他 (_____) |