

令和 年 月 日

稲 城 市 長 殿

申請者氏名 ふりがな _____ 印

申請者住所 _____

被接種者との関係 _____

(日中連絡が可能な) 電話番号 _____

稲城市予防接種依頼書交付申請書

下記のとおり、市外の医療機関で予防接種を受けるための予防接種依頼書の交付を申請します。

記

予防接種の種類	接種予定期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日まで
予防接種対象者氏名 <small>ふりがな</small> (予防接種を受ける人)	男・女 年 月 日生 (満 歳 か月)
住 所	稲城市
滞 在 先 住 所 ※滞在先の宛名(○ ○様方)も記入	(〒) (様方) 令和 年 月 日～令和 年 月 日滞在予定
予防接種を受ける 医療機関	医療機関名： 電話 () - 所 在 地：
理 由 ※1～4のいずれ か1つに○を付 け、()内に詳細を 記入	1. 医学的な理由 () 2. 他市町村滞在 () 3. 施設入所等 () 4. そ の 他 ()
市 記 入 欄	依頼先市区町村名 () 費用負担 有 ・ 無 備考 ()

この申請書は各出張所等ではお預かりできませんので、
保健センターに提出してください。