

令和7年8月1日

調布市長 宛

申請者 住所 **調布市小島町2-33-1**
 氏名 **調布 一郎**
 被接種者との続柄 **本人**
 電話番号 **042-441-6100**

日中連絡の取れる電話番号を記入。
 申請者連絡先でない場合は、被接種者との続柄を記入。
 例）042-441-6100（長女 調布 花子）

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	〒 182-0026 調布市小島町2-33-1		
	ふりがな	ちょうふ いちろう	電話番号	042(441)6100
	氏名	調布 一郎		
	生年月日	昭和35年4月1日（65歳）		
滞在先	名称	△△施設		
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市□□町1-2-3		
	電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
実施医療機関	名称	〇〇クリニック		
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市□□町10-9-8		
	電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
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	新型コロナウイルスワクチン・高齢者インフルエンザワクチン 高齢者用肺炎球菌ワクチン・带状疱疹ワクチン （定期予防接種）			
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 その他（ ）			
その他				

記入は不要。

調布市が作成した依頼書の送付先に○。

※ 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。