

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	新型コロナワクチン・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				

※ 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。