

HPV キャッチアップ用 記入例

令和4年6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 花美

電話番号 042-441-6100

被接種者との続柄 本人

接種を受ける方が16歳以上で、保護者の同伴がない場合は、接種を受ける本人のお名前をご記入ください。下記「申請者氏名」欄も同様です。

接種実施依頼書交付申請書

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 = 接種を受ける方

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 はなみ	男・女	生年月日
	氏名	調布 花美	女	平成14年4月1日 (20歳2か月)
	申請者氏名 (保護者)	同上	電話番号	042(441)6100
	滞在先住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇様方		
	実施医療機関名 (所在地)	〇〇クリニック ( 〇〇 区・市・町・村 )		
	予防接種の種類 期・回数	HPV (キャッチアップ) 1回目・2回目・3回目		
	希望理由	〇〇〇〇		
	その他	指定医療機関以外(市外)で受ける理由をご記入ください		

依頼書は滞在先に郵送します。「様方」の部分まで正確にご記入ください

接種する医療機関をご記入ください

指定医療機関以外(市外)で受ける予防接種の種類と回数をご記入ください

指定医療機関以外(市外)で受ける理由をご記入ください

※ 依頼する自治体により異なります。