

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
（高齢者等に対する予防接種）

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 | | | |
| 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 | | | | |

※ 依頼する自治体により接種料金が必要な場合があります。