

令和 年 月 日

清 瀬 市 長 殿

申請者氏名 _____

予防接種実施依頼交付申請書

下記のとおり、予防接種を受けさせたく予防接種実施依頼書を交付願います。

記

予 防 接 種 名				
依 頼 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
被接種者住所	〒 東京都清瀬市			
(フリガナ) 被接種者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
保護者氏名		TEL		
申 請 理 由				
実施医療機関	医療機関名： 住 所：〒 電 話 番 号：			
依頼書送付先	(例：清瀬市住所、滞在先住所、滞在先自治体の予防接種担当部署等) 〒 (様方 ※申請者の苗字と表札が異なる場合はご記入ください。)			

以上



清瀬市長 殿

令和 6年 6月 1日

申請者氏名 清瀬 花子

予防接種実施依頼交付申請書

下記のとおり、予防接種を受けさせたく予防接種実施依頼書を交付願います。

記

予防接種名	ロタウイルスワクチン（1回目・2回目） 五種混合（1期初回3回目・1期追加） 日本脳炎（第1期3回目・第2期）			
依頼期間	令和 6年 7月 1日 ～ 令和 7年 3月 31日			
被接種者住所	〒204-8511 東京都清瀬市中里五丁目 842 番地			
(フリガナ) 被接種者氏名	キヨセ タロウ 清瀬 太郎	男・女	生年月日	令和 3年 1月 1日
保護者氏名	清瀬 花子	TEL	042-497-2077	
申請理由	〇〇県〇〇市に里帰りしているため。			
実施医療機関	医療機関名：医療法人社団 〇〇会 〇〇病院 住 所：〒111-2222 〇〇県〇〇市〇〇町 1-1-1 電話番号：080-1234-5678			
依頼書送付先	(例：清瀬市の住所、滞在先住所、滞在先自治体の予防接種担当部署等) 〒333-4444 〇〇県〇〇市〇〇町 2-2-2 (〇〇 様方 ※申請者の苗字と表札が異なる場合はご記入ください。)			

以上