

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	フリガナ： 氏 名：	男・女
	住 所：〒 東京都清瀬市	
	生年月日：(和暦) 年 月 日	
緊急連絡先	氏 名：	
	電話番号：	
申請理由		
実施医療機関	医療機関名：	
	所在地：〒	
	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	フリガナ：キョセ タロウ 氏名：清瀬 太郎
	住所：〒204-8511 東京都清瀬市中里五丁目842番地
	生年月日：（和暦）令和 3年 1月 1日
緊急連絡先	氏名：清瀬 花子
	電話番号：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
	所在地：〒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