

定期予防接種実施依頼書交付申請書

（宛先）小金井市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号（ ） —

小金井市の指定医療機関以外で定期予防接種を受けることを希望するため、下記のとおり定期予防接種実施依頼書の交付を申請します。

この申請内容について、公簿との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

記

被 接 種 者	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）
	住 所	小金井市
保 護 者	氏 名	
	住 所	電話番号（ ） —
予 防 接 種 の 種 類	四種混合（ジフテリア・百日せき・急性灰白髄炎・破傷風混合） 1・2・3 回目 麻しん・風しん混合（MR） 1・2 回目 BCG ヒ ブ 1・2・3 回目 小児用肺炎球菌 1・2・3 回目 水 痘 1・2 回目 B型肝炎 1・2・3 回目 ロ タ 1・2・3 回目 その他（ ）	
滞 在 先 住 所	〒 様方	
依 頼 書 の 宛 名		
依 頼 書 の 送 付 先	小金井市の住所 ・ 滞在地 ・ その他	
接 種 医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	電話（ ） —
発 行 理 由		