

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	
	電話番号	（ ） —
保 護 者	氏 名	（保護者欄は、被接種者が未成年の場合に記載してください。）
	住 所	
	電話番号	（ ） —
予防接種の種類	五種混合（ジフテリア・百日せき・急性灰白髄炎・破傷風混合・ヒブ）1・2・3 回目 麻しん・風しん混合（MR） 1・2 回目 BCG 小児用肺炎球菌 1・2・3 回目 水 痘 1・2 回目 ロ タ 1・2・3 回目 B型肝炎 1・2・3 回目 RSウイルス その他（ ）	
滞 在 先 住 所	〒 様方	
依頼書の宛名	1 市区町村長 ・ 2 医療機関院長	
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	
	電話番号	（ ） —
発 行 理 由		