

稲 城 市 長 殿

ふりがな
申請者氏名

申請者住所

被接種者との関係

稲城市予防接種依頼書交付申請書

下記のとおり、市外の医療機関で予防接種を受けるための予防接種依頼書の交付を申請します。

記

予防接種の種類	予防接種予定期間： 年 月 日から 年 月 日まで
ふりがな 予防接種対象者氏名 (予防接種を受ける人)	男・女 年 月 日生 (満 歳 か月)
住 所	稲城市 電話 () -
滞 在 先 住 所 ※滞在する場合のみ 記入	(〒) (様方) 滞在期間： 年 月 日から 年 月 日まで 電話 () -
予防接種を受ける医 療機関	医療機関名： 電話 () - 所 在 地：
理 由 ※1～4のいずれか 1つに○を付け、()内 に詳細を記入	1. 医学的な理由 () 2. 他市町村滞在 () 3. 施設入所等 () 4. そ の 他 ()
市 記 入 欄	依頼先市区町村名 () 費用負担 有 ・ 無 備考 ()

この申請書は各出張所等ではお預かりできません。
保健センターに提出してください。