

記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 日 野 市 長

予防接種について (申請)

このことについて、〇〇市 において下記のとおり予防接種が受けられるよう配慮願いたく、申請いたします。

記

被接種者氏名	日野 花子
生 年 月 日	〇〇年 〇月 〇日 (満 〇 才 〇ヶ月)
住 所	〒191-〇〇〇〇 日野市 日野本町 〇丁目 〇〇番 〇〇号
電 話	042-581-〇〇〇〇
保 護 者 氏 名	日野 太郎
滞在先住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県 〇〇市 〇〇 〇丁目 〇〇番 〇〇号 (〇〇様方)
滞在先電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (連絡のつく番号を記入してください)
予 防 接 種 名 (回数も分かるように 記入してください)	例) B型肝炎ワクチン1、2回目、ヒブワクチン1、2回目 小児用肺炎球菌ワクチン 1、2回目 四種混合1回目
理 由	例) 里帰り出産で帰省中の為
依 頼 期 間 (予防接種を受ける期間 を記入してください)	令和〇〇年〇〇月〇〇日 から 令和〇〇年〇〇月〇〇日

医療機関の名前	例) 〇〇病院
---------	---------

依頼書・予診票の 送付先 (いずれかに○をして ください)	・滞在先と同じ ・その他 ( )
--	---------------------

※問合せ先 〒191-0011 東京都日野市日野本町 1-6-2

日野市生活・保健センター内 健康課 Tel 042-581-4111