

記入例を参照の上、ご記入ください。

令和 年 月 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、 \_\_\_\_\_ 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	
生 年 月 日	年 月 日 (満 才 ヶ月)
住 所	〒
電 話	
保 護 者 氏 名	
滞在先住所	〒 ( 様方)
滞在先電話番号	(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)	
理 由	
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 年 月 日 から令和 年 月 日

医療機関名	
-------	--

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