

年 月 日

多摩市長 殿

申請者（未成年者の場合は保護者等）を記載してください。）

住 所 〒（ ー ）

氏 名

電 話 （ ）

申請者以外の連絡先（上記以外に連絡が必要な場合に記載してください。）

氏 名

電 話 （ ）

被接種者との関係

多摩市予防接種実施依頼書交付申請書

他区市町村で予防接種を受けるため依頼書の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

被接種者	住 所	〒（ ー ）			
	フリガナ		男・女	生年月日 (年齢)	年 月 日
	氏 名				(歳 か月)
滞在先住所及び滞在期間	〒（ ー ） 年 月 日から 年 月 日まで				
実施医療機関名及び所在地					
予防接種の種類	(回目)	実施予定 年 月 日	年 月 日		
	(回目)		年 月 日		
	(回目)		年 月 日		
	(回目)		年 月 日		
申請理由	1 医学的な事情、医師の判断等によりかかりつけ医での接種が必要なため 2 出産、疾病等により他の区市町村に滞在し、滞在先の医療機関での接種が必要なため 3 医療機関、福祉施設等に入所しており、協力医療機関での接種が困難なため 4 その他 []				

(裏面に続きます。)

