

年 月 日

予防接種実施依頼書交付申請書
 （高齢者等に対する予防接種）

立川市長 殿

申請者 住所

氏名 印

被接種者との続柄

※自署の場合は押印を省略することができます。

次のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者	住所	〒 立川市			
	フリガナ		男・女	生年 月日	年 月 日
	氏名				
申請者	<input type="checkbox"/> 被接種者本人が申請する場合はチェックを入れてください（再度の記載不要）				
	住所	〒 電話番号 ()			
	氏名	続柄 ()			
予防接種名					
申請理由 (いずれかに○)		1. 医療機関に入院中 2. 施設に入所中 3. その他 ()			
実施医療機関名					
滞在先住所及び 滞在期間（予定）		〒 年 月 日 ~ 年 月 日 様方			
依頼書送付先 (いずれかに○)		滞在先住所・被接種者住所・申請者住所 その他 ()			