

（あて先）三鷹市長

定期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）

三鷹市の指定医療機関以外で定期予防接種を受けることを希望しますので、取り計らいをお願いしたく、次のとおり申請します。

被 接 種 者	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	大正 昭和 年 月 日 （ 歳 ヶ月） 西暦	
	住 所	三鷹市 電話 - -	
申 請 者	☐ 被接種者本人が申請の場合はチェックを入れてください（再度の記載不要）		
	氏 名	続柄（ ）	
	住 所	電話 - -	
予 防 接 種 の 種 類 （該当するものに○をつけてください）		インフルエンザワクチン ・ 新型コロナワクチン ・ 肺炎球菌ワクチン ・ 带状疱疹ワクチン	
滞 在 先 住 所 方 書		〒 様方 電話 - -	
滞 在 期 間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 西暦	
依 頼 書 の 宛 名		1 市区町村長 ・ 2 医療機関院長	
接 種 を 実 施 す る 市区町村・医療機関 の 名 称 ・ 住 所		市 区 町 村 ：	
		医療機関名称：	
		医療機関住所：	
依 頼 書 の 送 付 先		1 三鷹市の住民登録地 ・ 2 滞在先 3 その他（〒 ）	
希 望 理 由 （該当するものに○をつけてください）		1 施設・病院に入所・入院中 2 かかりつけ医 3 その他（ ）	