

申請日 令和 年 月 日

西 東 京 市 長 宛

申請者 氏 名 (続柄)

住 所

電 話 ()

予防接種を西東京市外の医療機関で受けることを希望するため、予防接種実施依頼書の交付を申請します。
予防接種を受けるために必要な範囲内において、この申請書に記載した事項を予防接種実施医療機関に情報提供することについて同意します。

予防接種を受ける方	フリガナ 氏 名		男 ・ 女	(生年月日) 年 月 日生 (歳 か月)
	住 所	西東京市		(電話)
保 護 者 (被接種者が未成年の場合)	氏 名			
	住 所	西東京市		(電話)
滞 在 先	氏 名			
	住 所			(電話)
滞 在 予 定 期 間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日ごろまで		
依頼する 予防接種の種類 (○で囲んだもののみ有効) ※滞在予定期間内で接種可能なものに限りま す。		・ロタウイルス(1回目・2回目・3回目) ・B 型 肝 炎 (1回目・2回目・3回目) ・五 種 混 合 (1回目・2回目・3回目・追加) ・小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) ・ヒ づ (1回目・2回目・3回目・追加) ・四 種 混 合 (1回目・2回目・3回目・追加) ・三種混合/不活化ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加) ・BCG ・水痘 (1回目・2回目) ・麻しん風しん混合 (第1期・第2期) ・日本脳炎第1期 (1回目・2回目・追加) ・日本脳炎第2期 ・二 種 混 合 ・子 宮 頸 が ん (1回目・2回目・3回目)		
市が指定した医療機関で予防接種を受けられない理由		1 里帰り出産等により、一定期間市外に居住 2 長期にわたり入院又は入所 3 疾病等の事情により、指定医療機関での予防接種が困難 4 その他 ()		
接種を希望する医療機関		名称 電話 住所		
依頼書の宛先		1 接種医療機関の院長 2 市区町村長		
依頼書の送付先		1 西東京市の住所 2 滞在先		

※母子健康手帳を添えて申請してください。

(收受印)
(受付担当)

交付申請に基づき、依頼書を交付するものとする。

決	課 長	係 長	係	係	公	承 認	押印者
裁					印		

依頼書交付日	令和 年 月 日
依頼書交付番号	7西健健第9号 ー