

定期予防接種実施依頼書交付申請書

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。

Form with fields for recipient name, address, guardian, residence, stay period, vaccine types, and reasons for request. Includes handwritten annotations and red dashed circles.

今回依頼を希望する予防接種の種類に○をしてください。

該当する番号に○をしてください。

該当する番号に○をしてください。

該当する番号に○をしてください。

Box for receipt stamp and recipient name.

Approval table with columns for decision, course, and signature, and delivery date/number fields.