

予 防 接 種 依 頼 願

町田市長 様

申請者	氏名	
	住所	〒
	電話	

下記のとおりをえない事由により、（ 他市町村・町田市協力外医療機関 ）にて予防接種を受けたいので、
 予防接種依頼書の発行をお願いします。

記

予防接種の種類 （希望の種類に☑、 回数に○をつける）	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 （1回目 2回目 3回目 追加）	<input type="checkbox"/> BCG
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 （1回目 2回目 3回目）	<input type="checkbox"/> 水痘 （1回目 2回目）
	ロタウイルス感染症※ワクチンの種類に注意	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合【MR】 （1期 2期）
	<input type="checkbox"/> ロタリックス（1価） （1回目 2回目）	<input type="checkbox"/> 日本脳炎 （1回目 2回目 追加 2期）
	<input type="checkbox"/> ロタテック（5価） （1回目 2回目 3回目）	<input type="checkbox"/> 二種混合
	<input type="checkbox"/> 五種混合 または <input type="checkbox"/> 四種混合 （1回目 2回目 3回目 追加）	<input type="checkbox"/> HPV【子宮頸がん】 （1回目 2回目 3回目）
	<input type="checkbox"/> ヒブ （1回目 2回目 3回目 追加）	
接種予定日	年 月 日 頃 ・ 未定	
被接種者氏名		
生年月日	平成・令和 年 月 日 （満 歳 か月）	
保護者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 被接種者との続柄（ ）	
被接種者 住民登録地 /電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 東京都町田市	
	TEL	
滞在先住所 /電話番号 （市外滞在先の場合）	〒	
	（ 様方）TEL	
医療機関名称 /住所/電話番号		
	TEL	
書類送付先	<input type="checkbox"/> 町田市の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先の住所 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
依頼理由		
滞在予定期間 （市外滞在先の場合）	年 月から 年 月頃まで	

町田市記入欄 受付日	担当	受付番号
---------------	----	------

※相互乗入れ実施市（八王子市・日野市・多摩市・稲城市・相模原市）の指定医療機関にて接種する場合は記入不要（依頼不要）です。

【郵送先】

〒194-8520
 東京都町田市森野2-2-22
 保健所 保健予防課 保健予防係