

練馬区長 殿

申請者住所

氏名

（電話番号 ）

予防接種実施依頼書交付申請書

下記のとおり、風しん追加的対策事業（第5期定期接種）の予防接種を受けるため、練馬区風しん追加的対策事業（第5期定期接種）の接種期間延長に係る乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン等接種償還払い要綱第4条の規定により、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

なお、この申請に当たり、被接種者（申請者）の住所の確認のために、練馬区が住民基本台帳の確認をすることに同意します。

記

被接種者	住 所	
	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日生
予防接種 の種類	MRまたは風しん単抗原	
依頼書送付先	【上記住所参照】 1 申請者住所 ----- 【この欄に記入】 2 その他（ ） 〒	
申請理由		
予防接種実施 依頼先	医療機関名	
	医療機関所在地	

※ 依頼書の送付先は原則住民登録地です。2その他にお送りする必要のある方は、記載した住所にお住まいであることが分かる書類を添付ください。