

愛知県広域予防接種申請書（B類）

令和 年 月 日

東 浦 町 長

申請者 住 所 東浦町大字
氏 名 (続柄)
電話番号

下記の状況により、町外で予防接種を受けたいので申請します。また、審査のため、住民基本台帳及び戸籍簿を東浦町長が閲覧することに同意します。

記

対象者 (該当する項目に☑をつけてください)	☐ 町外にかかりつけ医がいる (病院名) (市町村名) (医師名)
	☐ 長期入院治療をし、町内で予防接種が困難 (病院名) (市町村名) (医師名)
	☐ 高齢者施設等入所 (施設名) (市町村名) (医師名)
	☐ 保健センター記入欄 (病院名 市町村名)
住 所	☐ 同上 東浦町大字 字
電話番号	☐ 同上 — —
接種者氏名	(フリガナ) 性別 (男 ・ 女)
生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)
希望する予防接種 (該当する項目に☑をつけてください)	☐ インフルエンザ
	☐ 新型コロナウイルス感染症
	☐ 高齢者肺炎球菌
	☐ その他 ()

発行方法	郵送 / ・ 窓口 /	予約日時	未 ・ / :
☐ 予診票	備考		

担当 ()