

# 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)	<input type="checkbox"/> 町外にかかりつけ医がいる (病院名 _____ ) (市町村名 _____ ) (医師名 _____ )  <input type="checkbox"/> 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 _____ )  <input type="checkbox"/> 高齢者施設等入所 (施設名 _____ ) (市町村名 _____ ) (医師名 _____ ) ↳ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">保健センター記入欄</span> (病院名 _____ 市町村名 _____ )
住 所	<input type="checkbox"/> 同上 東浦町大字 _____ 字 _____
TEL	- -
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)	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌ワクチン <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

予診票	有 ・ 無	予約日時	未 ・ / 時間
→無しの場合	返信用封筒渡し 済み・未	発送希望	郵送 / ・ 窓口 /

担当 ( \_\_\_\_\_ )