

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 _____) ↳ 保健センター記入欄 (病院名 _____ 市町村名 _____)
住 所	<input type="checkbox"/> 同上 東浦町大字 _____ 字 _____
TEL	<input type="checkbox"/> 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)	<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
発送希望	郵送 / ・ 窓口 /	備考	

担当 (_____)