

愛知県広域予防接種申請書

被 接 種 者	住 所	〒 田原市 (電話)			
	フリガナ		男 女	生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)
	氏 名				
フリガナ				続 柄	
申 請 者 氏 名					
予 防 接 種 の 種 類		☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 肺炎球菌感染症 ☐ 帯状疱疹 (希望するワクチンを選んでください) (水痘ワクチン「ビケン」・シングリックス (1回目)・シングリックス (2回目))			
希 望 す る 理 由 ※該当する番号に○をつけてください。		1. 田原市外の市町村にかかりつけ医がいるため 2. 長期に入院治療を要し、田原市内での予防接種が困難であるため 3. 家庭内暴力等のため、田原市外での予防接種を希望するため 4. 高齢者施設等に入所のため、田原市外での予防接種を希望するため 5. その他 ()			
希 望 医 療 機 関 名		所在地：() 市・町・村 名 称：			
上記理由により、愛知県内の接種協力医療機関での予防接種を希望しますので、申請書を提出します。 年 月 日 田原市長 殿 申請者 住所 氏名 (電話)					

【送付先】

チェック欄	送付先	送付先住所
	被接種者自宅	同上
	申請者自宅	同上
	施 設	施設名： 施設住所：