

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							
	申請者氏名			続柄				
	予防接種の種類		高齢者带状疱疹ワクチン					
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)								

【添付書類】 市内接種用の予診票を添付してください。

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：