

愛知県広域予防接種申請書

年 月 日

扶桑町長 殿

申請者 住所

氏名

愛知県広域予防接種事業により扶桑町以外での予防接種を希望するため、次のとおり申請します。

記

被接種者名 生年月日	ふりがな	大正・昭和 年 月 日生 (男・女) (歳)
住 所	扶桑町	
電 話 番 号		
申 請 理 由	1. 扶桑町以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、扶桑町で予防接種を受けることが困難なため	
	3. 高齢者施設等に入所のため、扶桑町以外での予防接種を希望するため	
	4. その他 ()	
希望する 予防接種	・ 高齢者インフルエンザ予防接種	
	・ 高齢者用肺炎球菌予防接種	
希望市町村 (希望医療機関)	市・町・村 (医療機関名 : TEL :)	