愛知県広域予防接種連絡票交付申請書

令和　　年　　月　　日

豊　山　町　長

申請者　住　所　〒

氏　名

下記の理由により、指定医療機関以外での予防接種を希望するため申請します。

記

ふりがな 被接種者名	□　申請者と同じ	性別		生年月日	（　　歳）
住　　所	□　申請者と同じ 〒				
電話番号					
申請理由	□　かかりつけ医 □　長期入院治療 □　高齢者施設入所 □　その他　（　　）				
希望する医療機関	医療機関名： 所在市町村名： 希望する医療機関で広域予防接種ができることを確認していますか？（□はい　□いいえ）				
希望する予防接種	□　高齢者インフルエンザ　　（接種予定日　　） □　高齢者新型コロナウイルス　（接種予定日　　）				
連絡票送付先	□　申請者と同じ □　被接種者と同じ □　その他 滞在先住所 〒 様方				
備考					