記入見本

江南市長　様

B類疾病愛知県広域予防接種申請書

記入しないでください

令和　　年　　月　　日

被接種者以外の方(家族、後見人、施設の方等)が申請される場合は、江南市以外の住所でもかまいません。

申請者 住　所　〒　○△□　―　○△□×
○○市△△区～番地

氏　名　江南　太郎　　続柄（　　長男　　）

電話番号　必ず、連絡のつく電話番号を記入ください。

下記のとおり、愛知県広域予防接種事業による予防接種を希望しますので、愛知県広域予防接種連絡票を交付してください。

フリガナ	コウナン　ハナコ	生年月日	大正 昭和　○△年　□月　×日（満　○△　歳）
被接種者氏　名	江南　花子		
住　所 電話番号	（ □ 申請者と同じ） 〒483－○△□×　江南市内の住民票の住所を記入してください。 江南市○○町△△番地 電話番号（必ず、連絡のつく電話番号を記入ください。）		
希望する医療機関名	○△クリニック　※ 省略せず、正確に記入してください		
医療機関の所在地	A ○○　市 町 村	○○　区 町	※ ① 名古屋市の場合は、区名まで ※ ② 名古屋市以外の場合は、町名まで 町名がない場合は、例のとおり記入 （例）一宮市　瀬部 ※ ③ 町村の場合は、町村名のみ（Aのみに記入）
希望する予防接種	※ 希望する予防接種名に○をつけてください ・高齢者インフルエンザ　・高齢者の肺炎球菌感染症		記入もれが多いため、忘れずに○をつけてください。
依頼する理由	※ 該当するものに○をつけてください ・かかりつけ医　・長期入院治療　・高齢者施設入所		
連絡票の受理方法	※ 希望する受理方法に○をつけてください ・即日発行 ・自宅に郵送 ・保健センターに取りにくる ・その他 （病院・施設・家族あて住所に送付等　※ 病院・施設に送付の場合、必ず了承を得てから申請してください） 送付先の病院・施設名【　　】 送付先住所（病院・施設・家族あて住所） 〒　　― （　　）様方		どれか1つに○をつけてください。