

施設用

## 愛知県広域予防接種申請書（B類疾病）

令和 年 月 日

新城市長様

申請者 所在地  
 病院名又は  
 施設名  
 代表者名  
 電話番号  
 担当者名

愛知県広域予防接種事業により新城市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

被接種者は別添一覧表のとおりです。

※該当する所に○をつけてください。

申請理由 (※)	新城市以外の市町村にかかりつけ医がいるため
	長期に入院治療を要し、新城市で予防接種を受けることが困難なため
	高齢者施設入所のため、新城市以外での予防接種を希望するため
	その他 ( )
希望市町村 (希望医療機関)	所在地：( ) 市・町・村
	医療機関名： *希望する医療機関は愛知県広域予防接種事業協力病院ですか ⇒ はい・いいえ
予診票等 受け渡し方法 (※)	窓口（新城保健センター）
	申請者（施設）住所
	その他 ( )

\*添付書類

被接種者一覧表

予診票（被接種者から回収し添付。市内用予診票を広域用に差し替えが必要。）

\*予診票が添付できない場合は被接種者本人の身分証明書の写しを添付。