

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 (※)	<input type="checkbox"/>	新城市以外の市町村にかかりつけ医がいるため
	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	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	
連絡票等 受け渡し方法 (※)	<input type="checkbox"/>	窓口（新城保健センター）
	<input type="checkbox"/>	申請者（施設）住所
	<input type="checkbox"/>	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てください）