

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（風しん第5期）

記入例

〔ご記入にあたって〕

消せるペン及び修正テープ等は使用できません。
内容の訂正は、二重線で訂正してください。

内容を確認の上、
✓を入れてください。

安城市長

安城市で実施する風しん第5期予防接種を、愛知県広域予防接種事業協力医療機関にて接種することを希望するため、下記のとおり申請します。

なお、接種予定の医療機関には、事前に接種を受け入れ可能であることを確認し了解を得ています。

また、申請の審査に必要な場合は、市長が私の過去の抗体検査の内容について医療機関に問い合わせることに承諾します。✓

※該当若しくは希望する□にレ印を付けてください。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

| | | | | | |
|-----------------------------|---|---|--|------------|----------|
| 申請者 | ふりがな | あんじょう こうた | | 続柄 (本人) | |
| | 氏名 | 安城 幸太 | | | |
| | 住所 | 〒 446-0045 安城市横山町下毛賀知106番地1 電話 (0566-76-1133) | | | |
| 被接種者 (予防接種を受ける人) | ふりがな | ✓申請者と同じ ※同じでない場合は、記入してください。 | | 性別 | ✓男 □女 |
| | 氏名 | | | | |
| | 生年月日 | 昭和 ○ 年 4 月 2 日 (○○ 歳) | | | |
| | 住民登録のある住所 | 〒 - 安城市 | | | |
| 滞在先 (被接種者住所と同じであれば、記入不要) | 〒 - 電話 (- -) | | | | |
| 滞在予定期間 | □予定あり (年 月頃まで) □未定 | | | | |
| 予防接種の種類 | 風しん第5期 | | | | |
| 接種する医療機関 | 医療機関名: ○○○○クリニック 所在する市町村名: ○○市 電話 (0123-4567-8910) | | | | |
| 申請理由 | ✓かかりつけ医が市外 □長期入院治療 □その他 () | | | | |
| 連絡票送付先 | ✓申請者住所 □被接種者住所 □滞在先住所 □窓口交付 | | | | |

《添付

※申

《問

記入しないでください