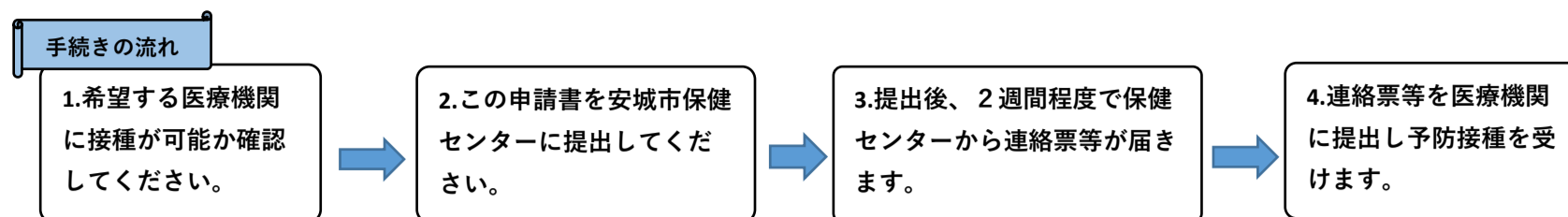


愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（風しん第5期）



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。

		年 月 日	
申請者	ふりがな		
	氏名	続柄 ( )	
	住所	〒 -  電話 ( - - )	
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※同じでない場合は、記入してください。	
	氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳)	
	住民登録のある住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※同じでない場合は、記入してください。 〒 - 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	<input type="checkbox"/> 予定あり ( 年 月頃まで ) <input type="checkbox"/> 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：  所在する市町村名： 電話 ( - - )		
申請理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医が市外 <input type="checkbox"/> 長期入院治療 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
連絡票送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 窓口交付		

《添付書類》抗体検査によって、風しんの抗体価が不十分であることが分かるもの（写し可）

※申請は、年度ごとに必要です。翌年度の分は、4月以降に改めて申請してください。

《問い合わせ・申請書提出先》安城市保健センター（予防接種担当）電話：0566-76-1133

〒446-0045 安城市横山町下毛賀知106番地1

<事務処理欄>

受付者：