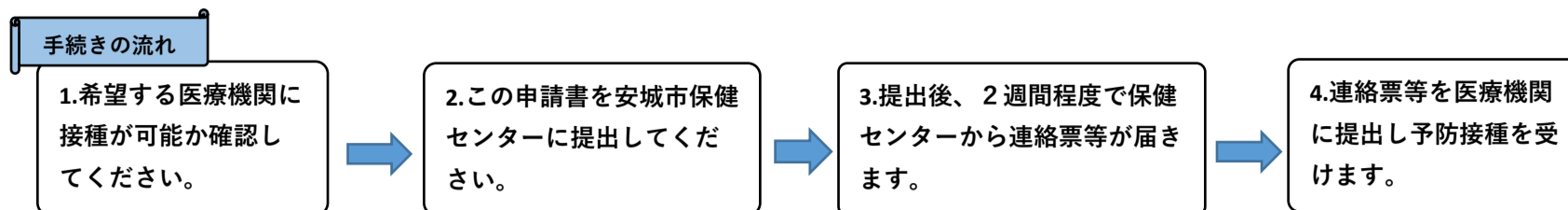


愛知県広域予防接種連絡票交付申請書 (RSウイルス感染症)



安城市長

安城市で実施するRSウイルス感染症予防接種を、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、市長が私の妊娠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			続柄 ()	
	氏名				
	住所	〒 -	安城市		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				
	生年月日	(昭和 ・ 平成)	年	月	日 (歳)
	出産予定日	※妊娠40週0日の日付を記入してください。帝王切開等の予定日ではありません。			
	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	<input type="checkbox"/> 予定あり (年 月頃まで)		<input type="checkbox"/> 未定		
予防接種の種類	RSウイルス感染症				
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"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 里帰り出産等 <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				

※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。

<事務処理欄>

受付者:

《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