

年 月 日

設 楽 町 長 殿

愛知県広域予防接種B類疾病連絡票交付申請書

愛知県広域予防接種事業による設楽町外での予防接種を希望しますので、次のとおり愛知県広域予防接種連絡票の発行を申請します。

接 種 者	住 所	〒 ー	
	ふ り が な		男性 ・ 女性
	氏 名		大・昭 年 月 日生 () 歳
	電 話 番 号	ー ー (※日中に繋がる連絡先の電話番号をご記入ください。)	
申 請 者	住 所	〒 ー	
	氏 名	接種者との続柄 ()	
	電 話 番 号		
希 望 す る 予 防 接 種 (☑を付ける)		肺炎球菌ワクチン☐	带状疱疹ワクチン (水痘ワクチン1回目☐ シングリックス1回目☐・2回目☐)
		新型コロナウイルスワクチン☐	インフルエンザワクチン☐ (75歳以上 標準量☐ 高用量☐)
申 請 理 由 (○を付ける)		1 かかりつけ医が町外にいる 2 長期の入院治療を要し町内で接種できない 3 施設に入所中である 4 その他 ()	
医 接 療 種 機 希 関 望	名 称		
	所 在 地	〒 ー	
	電 話 番 号	ー ー	
連 絡 票 送 付 先		☐申請者住所と同じ ☐滞在先住所 (※郵便物が届く住所をご記入ください。) 〒 ー	

《担当者記入欄》

受 付 番 号		決 裁 欄	課長	課長補佐	主査	担当	公印使用 承認
受 付 日							