

愛知県広域予防接種申出書（B類疾病）

令和 年 月 日

北名古屋市 長 様

＜申請者＞

住 所

(フリガナ)

続 柄

氏 名

()

T E L

このことについて、下記により個別予防接種を申請します。

記

1 予防接種名（B類疾病）

接種を希望するワクチンの番号に○を付けてください。（2つ以上の場合も1枚で申請できます。）

- (1) 高齢者用肺炎球菌
- (2) 高齢者带状疱疹
- (3) 高齢者インフルエンザ
- (4) 高齢者新型コロナワクチン

2 被接種者名

(フリガナ)

(1) 氏 名

(2) 生年月日 大正・昭和 年 月 日 (歳)

(3) 性 別 男 ・ 女

(4) 住 所 (申請者と同じ)

3 申請理由

- (1) かかりつけ医
- (2) 長期入院治療
- (3) 高齢者施設入所
- (4) その他 ()

4 予防接種をする市町村及び医療機関名

市町村 () 医療機関名 ()

5 予防接種する医療機関で、広域予防接種ができることを確認していますか。

はい ・ いいえ