

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 市長 様

<申請者>

住 所 北名古屋市

(フリガナ)

続 柄

氏 名

()

TEL

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）
高齢者インフルエンザ
高齢者用肺炎球菌

2 被接種者名

(1) (フリガナ)

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