

課長	GL	副担当	グループ員	公印
----	----	-----	-------	----

愛知県 B 類疾病広域予防接種連絡票交付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 津 島 市 長

〒 -
 申請者 住 所
 氏 名
 電話番号
 続 柄 ()

記

津島市で実施する予防接種を、下記の者が愛知県広域予防接種事業に参加する医療機関において接種を受けることができるよう、予防接種連絡票を交付してください。

被接種者 住 所	津島市		電話番号	
フリガナ		性 別	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)
被接種者 氏 名		(男・女)		
対象者区分	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()			
希望する 市町村		希望する 医療機関		
希望する 予防接種	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ予防接種			
連絡票送付先 (いずれかに☑をつける)	<input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 送付先住所 〒 - (様方)			

窓口確認欄 住民記録 医療機関への受け入れ 協力医

連絡事項 ○申請後、発行までに2週間程度かかること。

○接種が終了するまで、保管すること。

○津島市より転出した場合は、無効となるため、転入先で相談・手続きすること。

○接種期間内に希望している予防接種が終了しない場合は翌年度に再度申請すること。

○連絡票の内容が変更した場合は、再度申請が必要になること。