

B類疾病広域予防接種連絡票兼接種済証交付申請書

あ ま 市 長 様

申請者 住 所 〒

氏 名 _____ (続柄)

連絡先 _____ ()

記

あま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。

住 所	□申請者と同じ あま市		
フリガナ		生年月日	大正 昭和 年 月 日 (満 歳)
被接種者 氏 名	□申請者と同じ		
電話	□申請者と同じ	性別	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()		

申請日	令和 年 月 日	医療機関 所在市区町村		医療機関名	
希望する 予防接種 (○で囲む)	高齢者肺炎球菌感染症				
	高齢者インフルエンザ				
	高齢者新型コロナウイルス感染症				
	高齢者带状疱疹 (生ワクチン ・ 組換えワクチン)				
過去の申請 について	今回初めて ・ 過去に申請した(年 月 頃)				

- 住民記録【有・無】 ○医療機関への受け入れ【可・不可】 ○連絡票受け取り【郵送・来所】
※送付先（住所地と異なる場合はご記入ください。）

〒

連絡事項

- 接種が終了するまで、連絡票を保管すること。
○あま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。
○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。

受付場所（甚目寺・七宝・美和） 受付者（ ） 確認者（ ） 受付No.（ ）