様式第１の２（第７条関係）

B 類疾病

広域予防接種連絡票兼接種済証交付申請書

年　　月　　日

（宛先）高浜市長

申請者　　住　　所　高浜市　　町　　丁目　　番地

氏　　名

電話番号

（対象者との続柄：　　）

下記のとおり、愛知県Ｂ類疾病広域予防接種連絡票兼接種済証の交付を申請します。

記

対象者氏名（フリガナ）			
住　　所	□申請者に同じ 高浜市　　町　　丁目　　番地	電話番号	□申請者に同じ
生年月日	年　　月　　日 （　　歳）	性　　別	男　・　女
対象者区分 （該当の番号に○をつける）	１．高浜市以外の市町村にかかりつけ医がいる方 ２．長期に入院治療を要し、高浜市で予防接種を受けることが困難な方 ３．高齢者施設等に入所のため、高浜市以外での予防接種を希望する方 （施設名：　　） ４．その他（　　）		
希望医療機関 （希望市町村）	（　　市町村）		
希望する予防接種	１．高齢者用肺炎球菌ワクチン		
	２．帯状疱疹（生ワクチン・組換えワクチン１回目・組み換えワクチン２回目）		
	３．インフルエンザワクチン		
	４．新型コロナワクチン		

宛名番号（　　）　連絡票交付日（　　）　交付者（　　）