

申請者名を記入してください

※同世帯のご家族以外が申請する場合は委任状が必要です。

※別に送付先を指定する場合は、欄外に記入してください。

様式第3-1 (第8条関係)

半田市広域予防接種承認申請書 (A類疾病)

〇年〇〇月〇〇日

半田市長 殿

申請者 (〒 -)
住所 半田市
フリガナ
氏名
生年月日 年 月 日 (歳)
電話番号
被接種者との続柄 ()

半田市定期予防接種実施要綱第8条第1項の規定に基づき、次のとおり広域予防接種の承認を申請者の情報を記入してください。接種者の住民登録情報及びいずれかの申請理由に〇してください。と同意します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
被接種者氏名		性別	(満 歳 か月) 男 ・ 女
住所 (申請者と同じ場合は省略可)	半田市		
申請理由	1 かかりつけ医 2 長期入院治療 3 里帰り出産、家庭内暴力等 4 その他 ()		
希望医療機関 (※1)		希望医療機関 所在市町村	
希望する予防接種 (※2)	希望回数		
RSウイルス	1回目	接種予定日:	年 月 日
		出産予定日:	年 月 日
接種を希望する医療機関と希望市町村を記入してください		接種予定日については、決まっている場合のみ記入してください	

※1 広域予防接種協力医療機関に限ります。

※2 定期予防接種対象年齢内かつ年度内に接種を受けられるものに限ります。

職員確認印