

(別 紙)

愛知県広域予防接種申請書

令和 年 月 日

阿久比町長 殿

住 所 阿久比町

申請者氏名

被接種者氏名

(申請者と同じ場合は記載不要)

生年月日

年 月 日

電 話

下記の予防接種を、愛知県内の広域予防接種協力医療機関で受けることを申請します。なお、申請にあたっては、愛知県広域予防接種協力医療機関に、接種を希望する旨を伝え、接種の了承を得ています。

<予防接種名>

RSウイルス

<申請事由>

- ☐ 阿久比町外の病院等で長期に入院治療を要し、町内の医療機関で接種を受けること困難なため
- ☐ 里帰り出産・家庭内暴力等により、町外での接種を希望するため
- ☐ かかりつけ医療機関が町外にあるため

<接種希望医療機関>

該当する医療機関がある場合は○をつけ、ない場合は以下に記入してください。

藤田病院、 ふたばクリニック、 産院いしがせの森、 広川レディースクリニック
原田レディースクリニック

(医療機関名)

(所在市町村)

(連絡先)

申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	担当者名	
---------	-------	-------------------	-------	------	--