

(様式C)

令和 年 月 日

豊 田 市 長 様

申請者氏名

被接種者との関係 続柄 ()

電話番号(携帯電話) () -

定期の予防接種 (A 類疾病) の実施について (申請)

このことについて、下記の医療機関にて予防接種を受けたいので申請します。

記

予防接種の種類(回数)	
被接種者氏名 (お子様の氏名)	(ふりがな)
住 所	〒 - 豊田市
生年月日・性別	平成・令和 年 月 日 男・女
保護者氏名	(ふりがな) (被接種者が 18 歳以上の場合は記載不要)
被接種者の滞在先 住所・電話番号	<input type="checkbox"/> 住民登録と同じ (以下、滞在先記載不要) <input type="checkbox"/> 住民登録と異なる (以下、滞在先記載必要) 〒 - 愛知県 様方 電話 () -
滞在理由 (該当する数字に○印)	1 かかりつけ医 2 長期入院治療 3 里帰り出産 4 その他 ()
滞在期間	※滞在先が住民登録と同じ場合は記載不要
予防接種を希望 する医療機関	(名称) (住所) 愛知県広域予防接種事業接種協力医療機関 ⇒ 登録済 ・ 未登録 ※医療機関に確認してください
連絡票送付先 (該当する箇所に☑印)	<input type="checkbox"/> 豊田市の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先の住所 注)施設及び医療機関へ送付希望の場合は、必ず相手先の手承を得たうえで、記入をしてください。

※ 母子健康手帳の「予防接種の記録」のページのコピーを添付してください (接種記録がなくても添付してください)。

【提出先】 〒471-8501 愛知県豊田市西町 3 丁目 60
豊田市役所感染症予防課 電話 (0565) 34-6180
FAX (0565) 34-6929
E-MAIL hokansen@city.toyota.aichi.jp