

豊 田 市 長 様

記入見本

令和〇〇年△月□日

申請者氏名 豊田 とよ子
被接種者との関係 続柄 (母)
電話番号(携帯電話) (090)3××1-4□□□

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

Table with 2 columns: Field Name and Content. Fields include: 予防接種の種類 (回数), 希望の種類・回数, 被接種者氏名 (お子様の氏名), 住所, 生年月日・性別, 保護者氏名, 被接種者の滞在先住所・電話番号, 滞在理由, 滞在期間, 予防接種を希望する医療機関, 連絡票送付先.

※ 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・問合せ】 〒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