

# インフルエンザ・新型コロナ広域予防接種申込書（施設・医療機関用）

年 月 日

大府市長 様

施 設 名 称 \_\_\_\_\_

施 設 長 \_\_\_\_\_

郵便番号／住所 \_\_\_\_\_

連 絡 先 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

申 請 者 \_\_\_\_\_

下記の者について、広域予防接種で受けることを希望します。

広域予防接種連絡票兼接種済証・広域用予診票を作成してください。

|   | （ ふりがな ）<br>接 種 者 名 | 生年月日 | 住 所 | 接種する医療機関名/所在地 | 希望するワクチンに☑                                                         | 生活保護<br>の方は○ |
|---|---------------------|------|-----|---------------|--------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1 |                     |      | 大府市 |               | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新型コロナ |              |
| 2 |                     |      | 大府市 |               | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新型コロナ |              |
| 3 |                     |      | 大府市 |               | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新型コロナ |              |
| 4 |                     |      | 大府市 |               | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新型コロナ |              |
| 5 |                     |      | 大府市 |               | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新型コロナ |              |
| 6 |                     |      | 大府市 |               | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新型コロナ |              |
| 7 |                     |      | 大府市 |               | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新型コロナ |              |
| 8 |                     |      | 大府市 |               | <input type="checkbox"/> インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 新型コロナ |              |

※ 公益社団法人 愛知県医師会のウェブサイトにて愛知県広域予防接種事業に登録されている医師かどうかの確認をして下さい。登録がない医療機関の医師は、広域予防接種として接種することができません。