

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）

令和 年 月 日

大府市長 様

施設名称 _____
 施設長 _____
 郵便番号/住所 _____
 連絡先 _____
 担当者 _____

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を作成してください。

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