

(様式 A-2)

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、下記滞在先の市町村(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	RS ウイルス感染症
被接種者氏名	(ふりがな)
住 所	〒 - 豊田市
生年月日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日
保護者氏名 (被接種者が未成年の場合)	(被接種者が 18 歳未満の場合は記入が必要です)
滞 在 先 住所・電話番号	〒 - 県 様方 電話 () -
滞在理由	
滞在期間	
予防接種を希望 する医療機関	(名称) (住所) ★ 予防接種法に基づく定期の予防接種実施の有無 ⇒ 有 ・ 無
依頼書の提出先	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 市町村 (市町村名をご記入ください: _____) ※滞在先の市町村の予防接種担当部署に、豊田市からの依頼文の宛先が『市町村』もしくは『医療機関』のいずれかを確認して下さい。 ※滞在先市町村と接種を希望する医療機関の所在する市町村が異なる場合は、両方の市町村に確認して下さい。その際には、滞在先住所と接種を希望する医療機関名・住所を必ず伝えてください。

※ 母子健康手帳の RS ウイルスワクチン (母子免疫ワクチン) の接種を記録するページ (なければ母子健康手帳の『予防接種の記録 (5) その他の予防接種』のページ) の写しを添付してください。

※ 滞在先に書類を郵送します。そのため、滞在先が個人宅の場合は、必ず世帯主の名前を「○○○様方」とご記入ください。施設に入所中の場合は、施設名称をご記入ください。

【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 (東庁舎4階)

電話 : (0565) 34-6180 FAX : (0565) 34-6929 E-mail: hokansen@city.toyota.aichi.jp