

第1号様式（第3条関係）その4

（表面）

知多市広域予防接種事業対象者認定申請書

年 月 日

知 多 市 長 様

施設等所在地

申 請 者 施 設 等 名

施 設 長 名

電 話 番 号

別紙接種希望者のインフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症予防接種の実施において、知多市広域予防接種事務要領第3条第2項の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、施設が代理で申請する旨については、本人またはその家族の同意を得ています。

接 種 希 望 者	別紙名簿 名
申 請 理 由	長期入院治療又は高齢者施設入所中のため
実 施 医 療 機 関 等 名	
	所在地
	電話番号 — —
	☐ 愛知県広域予防接種事業の協力医療機関です

(裏面)

インフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症予防接種希望者

[illegible]

※1 複数選択可能です。

※2 生活保護を受けている方は、○をつけてください。