

第1号様式（第3条関係）その3

（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 — —

