

(宛先) 東海市しあわせ村健康推進課 〒476-0003 愛知県東海市荒尾町西廻間2-1

施設名称	
施設所在地	〒
施設電話番号	
接種医療機関名	
接種医療機関所在地	
接種医師名	
広域予防接種	参加 不参加

どちらかに○をつけてください。

東海市高齢者インフルエンザ予防接種のみ希望者一覧

※生活保護受給者の方には丸をつけてください。

No.	氏 名	フリガナ	性別	生年月日	年齢	東海市の住所	生活保護	家族等の同意
例	東海 太郎	トウカイ タロウ	男・女	昭和〇〇年〇月〇日	〇〇	東海市 荒尾町西廻間2番地の1	○	○
1			男・女			東海市		
2			男・女			東海市		
3			男・女			東海市		
4			男・女			東海市		
5			男・女			東海市		
6			男・女			東海市		
7			男・女			東海市		
8			男・女			東海市		

送付先
☐ 個人宅へ送付する ☐ 施設へ送付する（本人または家族の同意がある場合のみチェックしてください。） ☐ その他 〒

※ 対象者の御自宅へ一律で東海市内医療機関用予診票をお送りしておりますので、誤って利用されませんよう御注意ください。