

<Aplicação da Vacina do novo corona vírus> Sobre a inscrição da vacina prioritária para pessoas abaixo de 60 anos de idade que possuem doença de metabolismo basal

Enviaremos o cupom de vacina para pessoas portadoras da doença de metabolismo basal que desejam fazer a aplicação da vacina. Os interessados devem fazer a inscrição.
Não é necessário o certificado de exame médico, etc.

Período de inscrição Do dia 1 (qui) de julho~ 15(qui) de julho de (2021) Reiwa 3
※Se fizer a inscrição até o dia 15 de julho, enviaremos o cupom de vacina no final de julho. Mesmo depois do dia 15 de julho poderá fazer a inscrição, porém o envio do cupom de vacinação vai atrasar.

Modo de inscrição Inscreva pelo modo ① ou ② . Não dá para fazer inscrição pelo telefone.
① Envie a solicitação pelo correio ou por FAX.

Enderêço: 〒425-0035 Yaizu-shi Higashi kogawa 1-8-1
Yaizu-shi Kenko zukuri-ka(Hoken Center)Sala de fomentação para vacina(Wakuchin Sesshu Suishin-shitsu)
【〒425-0035 焼津市東 小川1-8-1 焼津市健康づくり課(保健センター) ワクチン接種推進室】
FAX: 054-627-9960

② Coloque o formulário em um das caixas de coleta que existem nos seguintes locais à seguir.
Recepção da sede da Prefeitura de Yaizu, Sub-prefeitura de Oigawa, Sub-prefeitura Atore, Centros comunitários da cidade de Yaizu.

Locais onde há formulários

- Sede da Prefeitura de Yaizu, Sub-prefeitura de Oigawa, Sub-prefeitura Atore, Centros comunitários da cidade de Yaizu
- Home page da prefeitura, na página publicada em línguas estrangeiras (<https://www.city.yaizu.lg.jp/>)

Doença de metabolismo basal que se enquadra

(1) Pessoas que estão acometidas por outras doenças ou sintomas, e estão frequentando hospitais, ou estão internadas.

1	Doença respiratória crônica
2	Doença cardíaca crônica (incluindo hipertensão)
3	Doença renal crônica
4	Doença hepática crônica (cirrose hepática, etc.)
5	Diabetes sendo tratada com insulina ou medicamentos, ou diabetes associada a outras doenças
6	Doenças sanguíneas (exceto anemia por deficiência de ferro)
7	Doenças que prejudicam o funcionamento do sistema imunológico (incluindo tumores malignos em tratamento)
8	Recebendo tratamento que deprime o sistema imunológico, incluindo esteróides
9	Doenças neurológicas e neuromusculares associadas a anormalidades imunológicas
10	Diminuição das funções corporais devido a doenças neurológicas ou neuromusculares (incluindo distúrbios respiratórios)
11	Anomalia cromossômica
12	Deficiências físicas e mentais graves (deficiências físicas graves e deficiências intelectuais graves)
13	Síndrome de apneia do sono
14	Doenças mentais graves (internado para tratamento de doenças mentais, portador da carteira de saúde e bem-estar de deficiência mental, ou em assistência médica para autossuficiência (assistência médica psiquiátrica) que se enquadrem na categoria “grave e contínua”) e também deficiência cognitiva (em casos de portadores da carteira de tratamento)

(2) Indivíduos obesos que atendem aos critérios (IMC igual ou superior a 30)

【Informação】Prefeitura de Yazu, Setor de melhoria de saúde - sala de fomento da vacina
TEL:054-627-4119 (Das 8:30~17:15 h.)

(読みやすい文字で書いてください)

新型コロナワクチン接種券送付申込書【60歳未満のうち基礎疾患のある方】

Formulário do cupom da vacina do novo corona vírus para envio postal
【Dentre pessoas abaixo de 60 anos de idade que possuem doença de metabolismo basal】

(あて先) 焼津市長(Para) Sr. Prefeito de Yaizu

申込日:2021年 月 日 Data da inscrição: Ano 2021 Mês Dia

次のとおり、新型コロナワクチン接種券の送付を申し込みます。

Inscreverei no formulário do cupom da vacina do novo corona vírus que foi enviado conforme a seguir

1. 対象者 Pessoas alvo

住民票記載住所 Enderêço escrito no certificado de residencia	(Código postal)〒 焼津市 Yaizu shi
フリガナ em katakana	
氏名 Nome	(在留カードのとおり)(Conforme o Zairyu Card)
生年月日 Data de nascimento	西暦 年 月 日 Ano Mês Dia
電話番号 No. do Telefone	
基礎疾患 Doenças do metabolismo basal	< > ※表面の基礎疾患の範囲から該当する番号を選択してください ※Escolha o No. que se enquadra da lista acima de classificação de doenças do metabolismo basal

2. 申出者 Solicitante

上記「1・対象者」と同じ <input type="checkbox"/> (同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください。以下記載不要) 「1. Pessoa alvo」igual acima <input type="checkbox"/> (Se for igual marque o sinal <input checked="" type="checkbox"/> . Não é necessário preencher abaixo)	
上記「1・対象者」と異なる場合は以下にご記入ください。 Conforme acima, se for diferente da「1. Pessoa alvo」preencha abaixo.	
住所 Enderêço	(Código postal)〒 焼津市 Yaizu shi
フリガナ Furigana	
氏名 Nome	(在留カードのとおり)(Conforme o Zairyu Card)
対象者との続柄 Grau de parentesco com a pessoa alvo	
電話番号 No. Telefone	

3. 接種券の送付先 Contato para envio do cupom de vacina

上記「2・申出者」と同じ <input type="checkbox"/> (同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください。以下記載不要) Se o「2・Solicitante」for igual acima <input type="checkbox"/> (Se for igual marque o sinal <input checked="" type="checkbox"/> . Não é necessário preencher abaixo)	
送付先住所 Enderêço para envio postal	〒 焼津市 Yaizu shi
送付先氏名 Nome do destinatário para envio postal	

【個人情報の取り扱いについて】 【Sobre o manuseio dos dados pessoais】

お預かりした個人情報につきましては、接種券の発送目的以外には、一切の利用を行いません。

As informações dos dados pessoais foi adquirida objetivando o envio do cupom da vacina, e não será utilizado para nenhum outros fins.