

大治町長 殿

申請者 住 所 大治町大字

氏 名

続柄 ()

愛知県広域予防接種事業による予防接種を希望するため、下記のとおり愛知県広域予防接種連絡票の交付を申請します。

被接種者	住民登録地	<input type="checkbox"/> 同 上 ----- 大治町大字				
	ふりがな		ふりがな			
	氏 名	(男 ・ 女)		保護者名 (未成年のみ)		
	生年月日	大正 平成 年 月 日 (歳 か月) 昭和 令和				
	日中連絡先	— —				
連絡票 受取方法 (□に✓)	<input type="checkbox"/> 上記住民登録地に郵送 <input type="checkbox"/> 窓口で受取 <input type="checkbox"/> 滞在先住所に郵送 (以下に記入) 〒 — (様方)					
接種希望 医療機関名		接種希望 医療機関所在地	市・町・村 区			
希望する 予防接種 (□に✓)	ヒブ		<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	小児用肺炎球菌		<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	B型肝炎		<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
	<input type="checkbox"/> 4種混合 <input type="checkbox"/> 5種混合		<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	ロタ	ロタリックス (1価)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
		ロタテック (5価)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
	BCG		<input type="checkbox"/> 1回			
	麻しん及び風しん(MR 混合)		<input type="checkbox"/> 第1期	<input type="checkbox"/> 第2期		
	水痘		<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
	日本脳炎		<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 2期
	子宮頸がん		<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
	ポリオ		<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	2種混合		<input type="checkbox"/> 1回			
	3種混合		<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	麻しん		<input type="checkbox"/> 第1期	<input type="checkbox"/> 第2期		
風しん		<input type="checkbox"/> 第1期	<input type="checkbox"/> 第2期			
高齢者インフルエンザ		<input type="checkbox"/> 1回				
高齢者用肺炎球菌		<input type="checkbox"/> 1回				
申請理由 (□に✓)	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 長期入院治療 <input type="checkbox"/> 里帰り出産、家庭内暴力等 <input type="checkbox"/> 高齢者施設入所 (入所先:) <input type="checkbox"/> その他 ()					