

大治町長 殿

申請者 住 所
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再交付を申請します。

被接種者	住民登録地	☐ 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✓)	☐ 上記住民登録地に郵送 ☐ 窓口で受取 ☐ 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		☐ 1 回目	☐ 2 回目	☐ 3 回目 ☐ 追加
	小児用肺炎球菌		☐ 1 回目	☐ 2 回目	☐ 3 回目 ☐ 追加
	B 型肝炎		☐ 1 回目	☐ 2 回目	☐ 3 回目
	☐ 4 種混合 ☐ 5 種混合		☐ 1 回目	☐ 2 回目	☐ 3 回目 ☐ 追加
	ロタ	ロタリックス (1 価)	☐ 1 回目	☐ 2 回目	
		ロタテック (5 価)	☐ 1 回目	☐ 2 回目	☐ 3 回目
	BCG		☐ 1 回		
	麻しん及び風しん(MR 混合)		☐ 第 1 期	☐ 第 2 期	
	水痘		☐ 1 回目	☐ 2 回目	
	日本脳炎		☐ 1 回目	☐ 2 回目	☐ 追加 ☐ 2 期
	子宮頸がん		☐ サーバリックス ☐ ガーダシル ☐ シルガード 9		
			☐ 1 回目	☐ 2 回目	☐ 3 回目
	ポリオ		☐ 1 回目	☐ 2 回目	☐ 3 回目 ☐ 追加
	2 種混合		☐ 1 回		
	3 種混合		☐ 1 回目	☐ 2 回目	☐ 3 回目 ☐ 追加
	麻しん		☐ 第 1 期	☐ 第 2 期	
	風しん		☐ 第 1 期	☐ 第 2 期	
	高齢者インフルエンザ		☐ 1 回		
	高齢者用肺炎球菌		☐ 1 回		
	新型コロナウイルス感染症		☐ 1 回		
高齢者帯状疱疹		☐ 1 回目	☐ 2 回目 (組換えワクチンのみ)		
申請理由 (☐ に✓)	☐ 棄損したため ☐ 紛失したため ☐ その他 ()				