

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		保護者名 (未成年のみ)			
		(男・女)				
	生年月日	大正 平成 昭和 令和	年	月	日 ( 歳 か月)	
日中連絡先		—	—			
連絡票 受取方法 ( <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> )	<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 ( <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> )	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"/> サーバリックス <input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> ガーダシル <input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> シルガード 9 <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				
新型コロナウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 1回					
高齢者帯状疱疹	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	(組換えワクチンのみ)			
申請理由 ( <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> )	<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 ( )					