

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 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		
	4 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 (<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 ()					

