

記入日を書いてください

令和 2 年 5 月 1 日

大治町長 殿

申請者 住 所 大治町大字砂子字西河原 14-3

記入例：高齢者

赤枠の中をお書きください

氏 名 大治 太郎 続柄 (長男)

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	<input type="checkbox"/> 同 上					
	住民登録地	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	0 5 2 - 4 4 4 - 2 7 1 4					
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	〇〇クリニック		接種希望 医療機関所在地	〇〇 市・町・村 〇〇 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		
	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 checked="" type="checkbox"/> 1回					
高齢者用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回					
申請理由 (□に✓)	<input checked="" 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 ()					