

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	<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✓)	RS ウイルス感染症		<input type="checkbox"/> 1 回		
	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
	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 (シガー・ト® 9)		<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"/> 標準量 1 回	<input type="checkbox"/> 高用量 1 回 (75 歳以上)	
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 (□に✓)	<input type="checkbox"/> 棄損したため <input type="checkbox"/> 紛失したため <input type="checkbox"/> その他 ( )				

