

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	( 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"/> )	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 (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 <sup>®</sup> 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				
高齢者带状疱疹	<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 ( )				