

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書

令和 年 月 日

豊山町長

申請者 住所 豊山町

氏名

下記の理由により、指定医療機関以外での予防接種を希望するため申請します。

記

ふりがな				性別	男 ・ 女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳 か月)	
被接種者名								
ふりがな								
保護者氏名 (高齢者は不要)								
住所								
電話番号								
申請理由 <small>該当する箇所に☑を記入してください。</small>	<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 <input type="checkbox"/> 高齢者施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ()							
希望する医療機関	医療機関名： 所在地： 希望する医療機関で広域予防接種ができることを確認していますか？ (はい・いいえ)							
希望する予防接種 <small>希望する予防接種に○をつけてください。</small>	ヒブ				初回 (1回目・2回目・3回目)・追加			
	小児肺炎球菌				初回 (1回目・2回目・3回目)・追加			
	B型肝炎				1回目・2回目・3回目			
	ロタウイルス (どちらか1つ)		ロタリックス		1回目・2回目			
			ロタテック		1回目・2回目・3回目			
	BCG				1回			
	四種混合				初回 (1回目・2回目・3回目)・追加			
	ポリオ				初回 (1回目・2回目・3回目)・追加			
	麻しん風しん混合				第1期・第2期			
	麻しん				第1期・第2期			
	風しん				第1期・第2期			
	水痘				1回目・2回目			
	日本脳炎				第1期 (1回目・2回目・追加)・第2期			
	二種混合				第2期			
	子宮頸がん				1回目・2回目・3回目			
高齢者肺炎球菌				1回				
高齢者インフルエンザ				1回				
連絡票送付先	連絡票の郵送を希望しますか？ (はい・いいえ) 郵送を希望する場合で上記住所と異なる場合は以下をご記入ください。 滞在先等 住所 〒							

様方