

# 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					昭和・平成・令和	年	月	日
被接種者名	性別	男・女	生年月日	( 歳 月 日 )				
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					
	5種混合		初回 (1回目・2回目・3回目)・追加					
	4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					
	2種混合		第2期					
	子宮頸がん		1回目・2回目・3回目					
	風しん第5期	麻しん風しん混合		1回				
		風しん		1回				
	高齢者肺炎球菌		1回					
	高齢者帯状疱疹 (どちらか1つ)	生ワクチン (ビケン)		1回				
不活化ワクチン (シングリックス)		1回目・2回目						
高齢者インフルエンザ		1回						
高齢者新型コロナウイルス		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	