

尾張旭市長 殿

申請者 住所  
氏名  
電話

続柄 ( )

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書 (A類疾病)

予防接種法 (第2条) に規定する予防接種を、愛知県内他市町村で受けたいので、愛知県広域予防接種事業に係る運営要領に基づき下記のとおり申請します。

記

予防接種の 種別等	<input type="checkbox"/> ロタ ※いずれかに○ ロタリックス・ロタテック	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目 : ロタテックのみ)		
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目		
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 ※いずれかに○ 15価・20価	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加	
	<input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> Hib (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	
	<input type="checkbox"/> BCG					
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期			
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目			
	<input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 2種混合	<input type="checkbox"/> 2期				
	<input type="checkbox"/> HPV感染症※いずれかに○ 2価・4価 : 3回 9価 15歳未満 : 2回 15歳以上 : 3回	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目		
	<input type="checkbox"/> その他	ワクチン名:		回数:		
フリガナ	性別		生年	年	月	日
被接種者氏名	男・女		月日	(満 歳 か月)		
フリガナ	希望する医療機関			医療機関所在地		
保護者氏名				市・町 区		
住所 又は 滞在先	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ (※□に✓をご記入ください)					
	※住所地と異なる場合は、ご記入ください。 〒 様方 電話					
事由	<input type="checkbox"/> 1 かかりつけ医		<input type="checkbox"/> 2 里帰り出産等長期滞在		<input type="checkbox"/> 3 長期入院治療	
	<input type="checkbox"/> 4 その他 ( )					

※下欄は記入しないでください。

起案	令和 年 月 日	決裁	令和 年 月 日	発行	令和 年 月 日
上記、申請者に対して予防接種連絡票を交付してよろしいか。(何い)					
課長	課長補佐	係長	係	確認事項	
				<input type="checkbox"/> 住民登録 <input type="checkbox"/> 協力医療機関 <input type="checkbox"/> 予防接種履歴 (台帳・母子健康手帳)	