

【書き方見本】

(宛先) 瀬戸市長

年 月 日

記入しないでください

申請者 住所 瀬戸市〇〇町〇番地
氏名 瀬戸花子

☆母子健康手帳の予防接種欄のコピーを添付してください。
☆希望する予防接種の予診票をお持ちであれば、添付してください（「広域」印を押して郵送します）。
☆2週間以内に郵送で連絡票・予診票を送付します。

記

被接種者氏名	瀬戸 太郎	生年 月日	令和6年 4月 1日 (満 0歳 2か月)		
保護者氏名	瀬戸 花子				
住所	〒 489-〇〇〇〇 瀬戸市〇〇町〇番地				
滞在先住所 (住所地と異なる場合)	〒 -				
電話番号	080-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
接種を希望する 医療機関名	〇〇クリニック	接種を希望する 医療機関の所在地	〇〇 市・町・村		
希望する 予防接種	ヒブワクチン	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	小児用肺炎球菌ワクチン	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目	<input checked="" type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	B型肝炎ワクチン	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目	<input checked="" type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
	ロタワクチン	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目	<input checked="" type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
	5種混合	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目	<input checked="" type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	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
	BCG	<input type="checkbox"/> 1回			
	麻しん風しん混合	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期		
	水痘(みずぼうそう)	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回		
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
	2種混合	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 2期
	HPV	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
	不活化ポリオ	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	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
麻しん単体	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期			
風しん単体	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期			
事由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 2 長期入院治療 <input type="checkbox"/> 3 里帰り出産等長期滞在 <input type="checkbox"/> 4 その他 (

※愛知県広域予防接種協力医療機関であるかご確認
いただき、その病院に接種する旨をお伝えください。

希望するものを塗りつぶ
してください。
(年度内に接種できるもの全
て申請可能です)

該当するものを塗りつぶしてください。