

年 月 日

(宛 先) 瀬戸市長

申請者 住所
氏名

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書

予防接種法第5条第1項に規定に基づく予防接種を、愛知県内他市町村の医療機関で接種することを希望するため、下記のとおり申請します。

記

被接種者氏名		生年 月日	年 月 日 (満 歳 か月)		
保護者氏名					
住所	〒 ー 瀬戸市				
滞在先住所 (住所地と異なる場合)	〒 ー 様方				
電話番号					
接種を希望する 医療機関名		接種を希望する 医療機関の所在地	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 type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
	B型肝炎ワクチン	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
	ロタワクチン	<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
	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
	B C G	<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	<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 2期
	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 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 ()				