

愛知県広域予防接種申請書(A類)

令和 年 月 日

東 浦 町 長

申請者 住 所 東浦町大字 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

下記の状況により、町外で予防接種を受けたいので申請します。また、審査のため、住民基本台帳及び戸籍簿を東浦町長が閲覧することに同意します。

記

対象者 (該当する項目に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 町外にかかりつけ医がいる (病院名 _____)(市町村名 _____) <input type="checkbox"/> 長期入院治療をし、町内で予防接種が困難 <input type="checkbox"/> 里帰り出産、家庭内暴力等 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
住 所	<input type="checkbox"/> 同上 東浦町大字		
保護者氏名	(フリガナ) _____ 続柄(_____)		
接種者氏名	(フリガナ) _____ 性別(男・女)		
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳 か月)		
希望する予防接種 (該当する項目に○をつけてください)	ロタウイルス	ロタリックス 【1回目・2回目】(期日:R . . .)	ロタテック 【1回目・2回目・3回目】(期日:R . . .)
	B型肝炎	【1回目・2回目・3回目】(期日:R . . .)	
	Hib	【1回目・2回目・3回目・追加】	
	小児肺炎球菌	【1回目・2回目・3回目・追加】	
	5種混合	【1回目・2回目・3回目・追加】	
	結核(BCG)	(期日:R . . .)	
	麻しん風しん(MR)	【第1期・第2期】(期日:R . . .)	
	水痘	【1回目・2回目】(期日:R . . .)	
	日本脳炎	【1期初回1回目・1期初回2回目・1期追加・2期】	
	2種混合(DT)		
	不活化ポリオ	【1回目・2回目・3回目・追加】	
	DPT	【1回目・2回目・3回目・追加】	
	子宮頸がん シルガード	【1回目・2回目・3回目】	
	風しん(第5期)		
	RS ウイルス感染症	↳ 出産予定日(令和 年 月 日)(期日:R . . . から R . . .)	
送付先の住所が申請者の住所と異なる場合は記入してください	〒 - (_____ 様方)		

予約日時	未 . / 時間 :		
発送希望	郵送 . 窓口 /		
確認	<input type="checkbox"/> 予診票回収	<input type="checkbox"/> 母子手帳確認	<input type="checkbox"/> 健康かるて確認
備考			

担 当 (_____)