

# 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	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 . . . )	
	H i b	【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】	
	4種混合	【1回目・2回目・3回目・追加】	
	結核 ( B C G )	(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		
	不活化ポリオ	【1回目・2回目・3回目・追加】	
	D P T	【1回目・2回目・3回目・追加】	
	子宮頸がん	サーバリックス 【1回目・2回目・3回目】	ガーダシル 【1回目・2回目・3回目】
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 /
備考	

担 当 ( \_\_\_\_\_ )