

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)	☐ 町外にかかりつけ医がいる (病院名) (市町村名) ☐ 長期入院治療をし、町内で予防接種が困難 ☐ 里帰り出産、家庭内暴力等 ☐ その他 ()			
住 所	☐ 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 . . .)
	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】
	5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 (D T)			
	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】		
	シルガード	【1回目・2回目・3回目】		
風しん (第5期)				
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	☐ 予診票回収 ☐ 母子手帳確認 ☐ 健康かるて確認
備考	

担 当 ()