

RS ウイルス用 太枠内を記載してください。

愛知県広域予防接種連絡票発行申請書

年 月 日

大口町長 様

(申請者)

住 所

氏 名

被接種者との続柄

電話番号

このことについて、愛知県広域予防接種事業に係る予防接種を下記の医療機関で受けたいので申請します。

記

被接種者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 大口町		
	ふりがな 氏名	(男→女)	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
ふりがな 保護者氏名 (被接種者が16歳未満の場合のみ記入)			電話番号	
接種理由	1. かかりつけ医 2. 長期入院治療 3. 里帰り出産等 4. その他 ()			
希望する市町村			希望する医療機関	
予防接種の種類	小児肺炎球菌	<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	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目
	ロタウイルス (ロタリックス)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	
	(ロタテック)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目
	五種混合	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加
	<input type="checkbox"/> BCG			
	MR	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期	
	水痘	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	
	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
	<input type="checkbox"/> 二種混合2期			
	ヒトパピローマウイルス	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目
	<input checked="" type="checkbox"/> RSウイルス			
その他 ()				

※接種予定日 (決まっている場合のみ記入)
(添付書類: 母子健康手帳のコピー)

(年 月 日)