

役場事務処理欄		
課長	リーダー	グループ

愛知県広域予防接種申請書(小児用)

南知多町長殿

令和 年 月 日

保護者(申請者) ふりがな 氏名 (続柄)

〒470-

住所 南知多町大字

電話番号 () -

愛知県広域予防接種事業による南知多町外での予防接種を希望しますので、次のとおり愛知県広域予防接種連絡票の発行を申請します。

※太枠内をご記入ください。

予防接種を受ける児	住所	〒470-			
	※保護者と同じ場合は省略可	南知多町大字			
	ふりがな				
	氏名	(男・女)			
	生年月日	平成・令和	年	月	日 (満歳か月)
申請理由 該当番号に○をつけてください。	1. 町外にかかりつけ医がいる 2. 長期入院治療等で町内で予防接種が困難 3. 里帰り出産や家庭内暴力等により町外で接種を希望する 4. その他()				
医療機関所在地	市・町	希望医療機関名			
接種を希望するワクチン	ロタウイルス (ロタテック・ロタリックス)	1回目	2回目	3回目	(ロタテックのみ)
	B型肝炎	1回目	2回目	3回目	
	ヒブ	1回目	2回目	3回目	追加
	小児用肺炎球菌	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
	BCG				
	麻しん風しん	1期	2期		
	水痘	1回	2回		
	日本脳炎	1回目	2回目	追加	2期
	DT2種混合(ジフテリア破傷風)				
子宮頸がん	1回目	2回目	3回目		

収受印