令和　　年　　月　　日

長久手市長殿

愛知県広域予防接種申請書（A類疾病）

申請者住所　長久手市

氏名

電話番号　　－

（※携帯電話等の連絡がつく番号を記入してください）

下記の理由により、市外の医療機関での予防接種実施について申請します。

記

ふ り が な	
被接種者氏名	（男　・　女）
被接種者生年月日	平成／令和　　年　　月　　日
ふ り が な	
保護者氏名	
連絡票及び予診票の送付先 ※希望する送付先の□にレ点を入れてください	□　申請者住所に同じ □　下記の住所に送付 （〒　　－ 様方）

希望する予防接種の種類　※希望する予防接種の□にレ点を入れ、回数及び区分に○をつけてください。

□ロタウイルス　　ロタリックスにて　１・２回目
ロタテックにて　　１・２・３回目

□ＢＣＧ　　□小児用肺炎球菌　初回１・２・３回目・追加

□ヒブ　初回１・２・３回目・追加　　□B 型肝炎　第１・２・３回目

□４種混合　１期初回１・２・３回目・追加　□不活化ポリオ　１期初回１・２・３回目・追加

□麻しんおよび風しん　第１・２期　　□水痘　１・２回目

□風しん　第１・２期　　□麻しん　　第１・２期

□日本脳炎　第１期初回１・２回目・追加・第２期　　□二種混合

□子宮頸がん予防　（サーバリックス・ガーダシル）にて　１・２・３回目

申請理由　※該当する申請理由の□にレ点を入れてください。	□1.かかりつけ医　□2.長期入院療養　□3.里帰り・家庭内暴力等 □4.その他（　　）
希望する医療機関	医療機関名（　　）所在地（　　） 接種医師については、接種時において愛知県医師会による愛知県広域予防接種事業協力医師・医療機関名簿に記載された医師とする。
接種予定日	令和　　年　　月　　日　・　未定

接種歴確認：□親子（母子）健康手帳　□電算（　　）　　受付担当者：（　　）
予診票回収：□不要　□回収済　□紛失　□保護者破棄（　　）