

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 ー

（※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	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> 下記の住所に送付 (〒 ー 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。
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ヒブ 初回1・2・3回目・追加 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 初回1・2・3回目・追加 <input type="checkbox"/> B型肝炎 第1・2・3回目 <input type="checkbox"/> 5種混合 1期初回1・2・3回目・追加 <input type="checkbox"/> 麻しんおよび風しん 第1・2期 <input type="checkbox"/> 水痘 1・2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 第1期初回1・2回目・追加・第2期 <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> HPV（子宮頸がん） 1・2・3回目 <input type="checkbox"/> 風しん 第1・2期 <input type="checkbox"/> 麻しん 第1・2期 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ 1期初回1・2・3回目・追加
申請理由 ※該当する申請理由の □にレ点を入れてください。	<input type="checkbox"/> 1.かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 2.長期入院療養 <input type="checkbox"/> 3.里帰り・家庭内暴力等 <input type="checkbox"/> 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：□母子手帳 □電算（ ） 受付担当者：（ ）（ ）

予診票回収：□不要□回収済□紛失□返信用封筒□保護者破棄（ ）