

愛知県広域予防接種連絡票交付申出書(A類疾病)

令和 年 月 日

(宛先) 春日井市長

〒

住所

ふりがな

申出者

氏名

接種対象者との続柄・関係

()

電話番号

次のとおり市外での接種を希望しますので、愛知県広域予防接種連絡票の交付について申し出ます。

接種対象者	ふりがな 氏名			性別	男・女
	生年月日	H・R 年 月 日 (歳 か月)			
	(住民票の) 住所	1 申出者と同じ 2 その他(春日井市)			
保護者	氏名	1 申出者と同じ	ふりがな 2 申出者以外 ()	続柄・関係 ()	
	住所	1 申出者と同じ 2 接種対象者と同じ 3 その他(春日井市)			
	電話番号	1 申出者と同じ 2 申出者以外()			
希望する予防接種名	1 ヒブ (□1回目 □2回目 □3回目 □4回目) 7 BCG (□1回目) 2 小児用肺炎球菌 (□1回目 □2回目 □3回目 □4回目) 8 麻しん風しん混合(MR) (□1回目 □2回目) 3 B型肝炎 (□1回目 □2回目 □3回目) 9 水痘 (□1回目 □2回目) 4 ロタ (□1回目 □2回目 □3回目) (□1回目 □2回目 □3回目 □4回目) 10 日本脳炎 ⇒1回目の種類:ロタリックス・ロタテック 11 二種混合 (□1回目) 2回目以降の申請となる場合○で囲む 12 子宮頸がん:HPV(□1回目 □2回目 □3回目) ⇒1回目の種類:ガーダシル・サーバリックス・シルガード9 5 四種混合 (□1回目 □2回目 □3回目 □4回目) 6 五種混合 (□1回目 □2回目 □3回目 □4回目)				
接種医療機関名				市・町・村 区	
交付理由	1 かかりつけ医がいるため 3 里帰りのため 2 長期入院のため 4 その他()				
連絡票受取り方法	1 郵送 2 窓口				
郵送先	※郵送希望の方のみご記入ください。 1 申出者と同じ 2 その他(〒 () 様方)				
接種の予約日	1 有(/) 2 無		備考		

※市記入欄

決裁欄	課長	課長補佐	主査	担当者

【連絡票の交付】

郵送(/)
 窓口(/) 本人確認
 交付日入力

【添付書類】

無・有 (/)
 同意書
 委任状
 その他()()

【電話受付日】

(/)

【受付者】

※課長決裁欄の押印は、公印管守者による審査押印を兼ねています。