

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

続柄・関係

申出者

氏 名

( )

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 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 2 申出者以外( )		ふりがな	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 B型肝炎 (□1回目 □2回目 □3回目) 7 麻しん風しん混合(MR) (□1回目 □2回目) 2 ロタ (□1回目 □2回目 □3回目) 8 水痘 (□1回目 □2回目) ⇒1回目の種類:ロタリックス・ロタテック 9 日本脳炎 (□1回目 □2回目 □3回目 □4回目) 3 ヒブ (□1回目 □2回目 □3回目 □4回目) 10 二種混合 (□1回目) 4 小児用肺炎球菌 (□1回目 □2回目 □3回目 □4回目) 11 子宮頸がん(HPV) (□1回目 □2回目 □3回目) 5 四種混合 (□1回目 □2回目 □3回目 □4回目) ⇒1回目の種類:ガーダシル・サーバリックス 6 BCG (□1回目) 12 その他 ( )				
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( / )  
 運転免許証  
 健康保険証  
 その他( )

【添付書類】

- 無・有 ( / )  
 同意書  
 委任状  
 その他( ) ( ) 済・未

【電話受付日】

【受付者】【回覧入力】

※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。