

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

申出者

ふりがな

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	氏 名	1 申出者と同じ	2 申出者以外 (<small>ふりがな</small>)	<small>続柄・関係</small> ()
	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	2 申出者以外 (<small>ふりがな</small>)	<small>続柄・関係</small> ()
	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 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目) 7 ポリオ (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目) 2 小児用肺炎球菌 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目) 8 BCG (<input type="checkbox"/>) 3 B型肝炎 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) 9 麻しん風しん混合(MR) (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) 4 ロタ (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) 10 水痘 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <small>⇒ワクチンの種類:ロタリックス・ロタテック</small> 11 日本脳炎 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目) 5 五種混合 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目) 12 二種混合 (<input type="checkbox"/>) 6 三種混合 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目) 13 子宮頸がん:HPV (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3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】 【電話受付日】

無 ・ 有 (/)
 同意書
 委任状 【受付者】
 その他 () ()

※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。