

広域予防接種連絡票交付申請書

年 月 日

（宛先） 高浜市長

申請者 住 所 高浜市 町 丁目 番地

氏 名

電話番号

下記のとおり、愛知県A類疾病広域予防接種連絡票の交付を申請します。

記

フリガナ 対象者氏名		フリガナ 保護者氏名	
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 高浜市 町 丁目 番地	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
生年月日	年 月 日 (歳)	性 別	男 ・ 女
対象者区分 (該当の番号に ○をつける)	1. 高浜市以外の市町村にかかりつけ医がいる方 2. 長期に入院治療を要し、高浜市で予防接種を受けることが困難な方 3. 里帰り出産、家庭内暴力等のため、高浜市以外での予防接種を希望する方 4. その他 ()		
希望医療機関 (希望市町村)	(市町村)		
希望する 予防接種 (希望するものに ○をつける)	ロタ【ロタリックス（1回目・2回目）／ロタテック（1回目・2回目・3回目）】		
	H i b【1回目・2回目・3回目・追加】		
	小児用肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】		
	B型肝炎【1回目・2回目・3回目】		
	4種混合【1期1回目・1期2回目・1期3回目・追加】		
	5種混合【1期1回目・1期2回目・1期3回目・追加】		
	2種混合（DT2期）		
	結核（BCG）		
	麻しん風しん混合（MR）【1期・2期】		
	水痘【1回目・2回目】		
日本脳炎【1期1回目・1期2回目・1期追加・2期】			
子宮頸がん（サバリックス・ガーダシル・シルガード [®] 9）【1回目・2回目・3回目】			

宛名番号 ()	連絡票交付 (年 月 日) 交付者 ()
----------	---------------------------

