

知 多 市 長 様

愛知県広域予防接種連絡票発行申請書（A類疾病）

愛知県広域予防接種事業による知多市外での予防接種を希望しますので、次のとおり愛知県広域予防接種連絡票の発行を申請します。

申請者 (保護者)	住 所	〒 478 - 0017 知多市新知字永井2番地の1		
	ふりがな	ちた まいこ		
	氏 名	知多 舞子 (被接種者との続柄 母)		
	電 話 番 号	090 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 (※日中に繋がる連絡先の電話番号をご記入ください。)		
被接種者	ふりがな	ちた うめこ		
	氏 名	知多 梅子		
	生 年 月 日	令和 7 年 9 月 1 日生 (男・女)		
	申 請 理 由 (○で囲む)	1. かかりつけ医 2. 長期入院治療 3. 里帰り出産、 家庭内暴力等 4. その他 ()		
	希望する 予 防 接 種 (○で囲む)	ロタリックス (1回目・2回目) または、ロタテック (1回目・2回目・3回目)	※	
		BCG ・ B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)		
		ヒブ (初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加接種)		
		小児肺炎球菌 (初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加接種)		
		三種混合 (初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加接種)		
		不活化ポリオ (初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加接種)		
五種混合 (初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加接種)				
麻しん風しん (MR) (1期・2期) ・風しん (第5期)				
水痘 (1回目・2回目) ・二種混合				
日本脳炎 (初回1回目・初回2回目・追加接種・2期)				
HPV感染症 (1回目・2回目・3回目)				
RSウイルス感染症 (分娩予定日: 年 月 日)				
その他 ()				
医療機関 希 望	名 称	〇〇クリニック		
	所 在 地	〇〇市〇〇		
	電 話 番 号	×××× - ×××× - ××××		
	協 力 機 関	<input checked="" type="checkbox"/> 愛知県広域予防接種事業の協力医療機関です		
連絡票送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 滞在先住所 (※郵便物が届く住所をご記入ください。)			
	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇 (××× 様方)			

3月31日までに接種を予定しているものに○をつけてください。

里帰り先など送付先が異なる場合にご記入ください。

事前に医療機関にご確認ください。

※ロタウイルスワクチンは2種類あります。医療機関によって取り扱っているワクチンが異なりますので、接種予定の医療機関にご確認ください。