

第1号様式（第3条関係）

年　月　日

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 - ××× - ×××	
被接種者 希望する定期予防接種 (○で囲む)	ふりがな	ちた うめこ	
	氏 名	知多 梅子	
	生 年 月 日	令和 6 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 ()	
	ロタリックス (1回目・2回目) または、ロタック (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)		
	四種混合 (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)			
子宮けいがん(サーバリックス) (1回目・2回目・3回目)			
子宮けいがん(ガーダシル) (1回目・2回目・3回目)			
子宮けいがん(シルガード9) (1回目・2回目・3回目)			
その他 ()			
医接 療種 機希望 願望	名 称	○○クリニック	上記以外の予防接種を選択される場合は こちらに記載してください (例:三種混合、不活化ポリオなど)
	所 在 地	○○市○○○	
	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	事前に医療機関に ご確認ください。
連絡票送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所と同じ		
	<input type="checkbox"/> 滞在先住所 (※郵便物が届く住所をご記入ください。)		
〒 - (様方)			
《知多市記入欄》			
備 考			