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 | 〒　　　-　　 |
| ふりがな |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　（被接種者との続柄　　　） |
| 電話番号 | 　　　　　　　　－　　　　　　　－（※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 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　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　） |
| 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（ｻｰﾊﾞﾘｯｸｽ）（　１回目　・　２回目　・　３回目　） |
| 子宮けいがん（ｶﾞｰﾀﾞｼﾙ） （　１回目　・　２回目　・　３回目　） |
| 子宮けいがん（ｼﾙｶﾞｰﾄﾞ9）（　１回目　・　２回目　・　３回目　） |
| 医接療種機希関望 | 名称 |  |
| 所在地 | 　 |
| 電話番号 | 　　　　　　　　－　　　　　　　－ |
| 協力機関 | □ 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 | □ 申請者住所と同じ□ 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》 |  |