

A類疾病広域予防接種連絡票申請書

年 月 日

武豊町長 殿

申請者 住 所 武豊町
氏 名
電話番号

愛知県広域予防接種事業に基づき、連絡票の交付を受けたいので申請します。

住 所	〒		T E L	
フリガナ		フリガナ	生年月日	平成 年 月 日
保護者氏名		被接種者氏名		(満 歳 か月)
対象者区分	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 4 その他 ()			

希望する 市町村		希望する 医療機関	
-------------	--	--------------	--

希望する 予防接種	2種混合
	ポリオ【 1回目・2回目・3回目・4回目 】
	4種混合【 1回目・2回目・3回目・4回目 】
	麻しん風しん混合(MR) 【 第1期・第2期 】
	麻 し ん 【 第1期・第2期 】
	風 し ん 【 第1期・第2期 】
	日本脳炎【 1回目・2回目・3回目・4回目 】
	結核(BCG)
	H i b【 1回目・2回目・3回目・4回目 】
	小児用肺炎球菌【 1回目・2回目・3回目・4回目 】
	子宮頸がん(サーバリックス・ガーダシル)【 1回目・2回目・3回目 】
	水痘【 1回目・2回目 】
	B型肝炎【 1回目・2回目・3回目 】
	ロタリックス・ロタテック【 1回目・2回目・3回目※ロタテックのみ 】

※職員記入欄

申請受理年月日	年 月 日	住基確認		受付番号	
母子手帳確認・印刷		医療機関確認		受付者	