

愛知県広域予防接種申請書

被 接 種 者	住 所	〒 田原市 (電話)			
	フリガナ		男 女	生年 月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	氏 名				
	フリガナ				
	保護者氏名		続柄		
予防接種の種類 ※希望する予防接種に ○をつけてください。	ヒブ (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) ロタテック (1回目・2回目・3回目) ロタリックス (1回目・2回目) B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) 5種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) BCG 水痘 (1回目・2回目) MR (1期・2期) 日本脳炎 (1回目・2回目・追加・2期) 2種混合 子宮頸がん予防 (1回目・2回目・3回目) 不活化ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加) 3種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) RSウイルス				
希望する理由 ※該当する番号に○を つけてください。	1. 田原市外の市町村にかかりつけ医がいるため 2. 長期に入院治療を要し、田原市内での予防接種が困難であるため 3. 里帰り出産等のために田原市外での予防接種を希望するため 4. その他 ()				
希望医療機関名	所在地：()市・町・村 名 称：				
上記理由により、愛知県内の接種協力医療機関での予防接種を希望しますので、申請書を提出します。					
年 月 日					
田原市長 殿					
申請者 住所					
氏名					