

年 月 日

設 楽 町 長 殿

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書

愛知県広域予防接種事業による設楽町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	住 所	〒	
	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		年 月 日生 (男・女)
	氏 名		(歳 か 月)
	希 望 す る 予 防 接 種 (○で囲む)	ロタウイルス (ロタリックス 1回目・2回目 / ロタテック 1回目・2回目・3回目)	
		B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)	
		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)	
		五種混合 (初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加接種)	
		二種混合2期	
		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)	
		B C G	
		麻しん・風しん (MR2期・MR2期)	
		水 痘 (1回目・2回目)	
		日 本 脳 炎 (初回2回目・初回2回目・追加接種・2期)	
		子宮頸がん(シルガード) (1回目・2回目・3回目)	
RS ウイルス感染症			
申 請 理 由 (○で囲む)	1 かかりつけ医が町外にいる 2 長期の入院治療を要し町内で接種できない 3 里帰り出産のために町内で接種できない 4 その他 ()		
医療療養 機希 関望	名 称		
	所 在 地	〒 —	
	電 話 番 号	— —	
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。) 〒 —	

《担当者記入欄》

受 付 番 号		決 裁 欄	課長	課長補佐	主査		担当
受 付 日							