年　　月　　日

愛知県広域予防接種申請書

東 郷 町 長 殿

申請者氏名（　　）

続柄（　　）

下記の通り愛知県広域予防接種事業による接種を希望します。

住　所	東郷町 電話番号
氏　名	フリガナ 被接種者 氏名 （男・女） フリガナ 保護者 氏名
生年月日	被接種者　　年　　月　　日（　　歳　　か月）
予防接種の種類	B 型肝炎（1回目・2回目・3回目） 小児用肺炎球菌感染症（1回目・2回目・3回目・追加） 5種混合（1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加） Hib 感染症（1回目・2回目・3回目・追加） 4種混合（1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加） BCG 麻しん風しん（1期・2期） 水痘（1回目・2回目） 日本脳炎（1期初回1回目・2回目・1期追加・2期） 2種混合（2期） ヒトパピローマウイルス感染症（1回目・2回目・3回目） ロタウイルス ※ワクチンを必ず選択してください。 ・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） その他（　　）
理　由	1 かかりつけ医で接種を希望するため 2 長期入院治療のため 3 里帰り出産のため 4 家庭内暴力のため 5 その他（予防接種要注意者 理由：）
接種予定医療機関	・接種協力医であることを確認しましたか（はい・いいえ） 市町村名：　　医療機関名：

添付書類：母子健康手帳