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　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 フリガナ被接種者　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　（男・女）　保護者　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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