

愛知県広域予防接種申出書（A類疾病）

令和 年 月 日

北名古屋市 市長 様

<申請者>

住 所 北名古屋市

(フリガナ)

氏 名

T E L

このことについて、下記により個別予防接種を申請します。

記

1 予防接種名

五種混合（初回1回目・2回目・3回目・追加）

小児肺炎球菌（初回1回目・2回目・3回目・追加）

B型肝炎ワクチン（1回目・2回目・3回目）

ロタウイルスワクチン（1回目・2回目・3回目） / BCG

麻しん風しん混合（MR）第Ⅰ期・第Ⅱ期 / 水痘（1回目・2回目）

麻しん 第Ⅰ期・第Ⅱ期 / 風しん 第Ⅰ期・第Ⅱ期

日本脳炎（初回1回目・2回目・追加）・ 第Ⅱ期

二種混合 / ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチン（1回目・2回目・3回目）

三種混合（初回1回目・2回目・3回目・追加）

不活化ポリオ（初回1回目・2回目・3回目・追加）

ヒブワクチン（初回1回目・2回目・3回目・追加）

風しん5期 MR・風しん

2 被接種者名

(フリガナ)

(1) 氏 名

(2) 生年月日

年 月 日 ( 歳 月 )

(3) 性別

男 ・ 女

3 申請理由

(1) かかりつけ医

(2) 長期入院治療

(3) 里帰り出産、家庭内暴力等

(4) その他 ( )

4 希望市町村名及び医療機関名

希望市町村名 ( )

希望医療機関名 ( )

5 希望する医療機関で、広域予防接種ができることを確認していますか。

はい ・ いいえ