

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

TEL

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

ヒブワクチン (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)

四種混合 (初回 1 回目・2 回目・3 回目・追加)

五種混合 (初回 1 回目・2 回目・3 回目・追加)

BCG 麻しん風しん混合 (MR) 第 I 期・第 II 期

麻しん 第 I 期・第 II 期 風しん 第 I 期・第 II 期

水痘 (1 回目・2 回目)

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)

ポリオ (初回 1 回目・2 回目・3 回目・追加)

2 被接種者名

(1) (フリガナ)

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