

愛知県広域予防接種申請書

年 月 日

扶桑町長 殿

申請者 住所 扶桑町大字

氏名

愛知県広域予防接種事業により扶桑町以外での予防接種を希望するため、次のとおり申請します。

記

被接種者名 生年月日	ふりがな	年 月 日生 (男・女) (歳 か月)		
保護者氏名	ふりがな	電話番号		
住 所	扶桑町大字 字			
申 請 理 由	1. 扶桑町以外の市町村にかかりつけ医がいるため			
	2. 長期に入院治療を要し、扶桑町で予防接種を受けることが困難なため			
	3. 里帰り出産等のため、扶桑町以外での予防接種を希望するため			
	4. その他 ()			
希望する 予防接種	ロタリックス (ロタウイルスワクチン1価) 1回目・2回目	ロタテック (ロタウイルスワクチン5価) 1回目・2回目・3回目	ヒブワクチン 1回目・2回目・3回目・追加	小児用肺炎球菌 1回目・2回目・3回目・追加
	B型肝炎 1回目・2回目・3回目	四種混合 1回目・2回目・3回目・追加	五種混合 1回目・2回目・3回目・追加	不活化ポリオ 1回目・2回目・3回目・追加
	BCG	麻しん風しん混合 1期・2期	麻しん・風しん 1期・2期	水痘 1回目・2回目
	日本脳炎 1回目・2回目・追加・2期	子宮頸がん予防ワクチン 1回目・2回目・3回目	二種混合	
希望市町村 (希望医療機関)	市・町・村 (医療機関名 : TEL :)			