

愛知県広域予防接種連絡票交付申出書(A類疾病)

(宛先)春日井市長

〒

令和 年 月 日

住所

ふりがな

接種対象者との続柄・関係

申出者氏名

()

電話番号

次のとおり市外での接種を希望しますので、愛知県広域予防接種連絡票の交付について申し出ます。

接種対象者	ふりがな 氏 名			性別	男 ・ 女
	生年月日	H・R 年 月 日 (歳 か月)			
	(住民票の) 住 所	1 申出者と同じ 2 その他(春日井市)			
保護者	氏 名	1 申出者と同じ 2 申出者以外()		ふりがな	続柄・関係 ()
	住 所	1 申出者と同じ 2 接種対象者と同じ 3 その他 (春日井市)			
	電話番号	1 申出者と同じ 2 申出者以外()			
希望する予防接種名 ・令和8(2026)年3月31日 までに受ける予防接種に チェックをしてください。		1 ヒブ(□1回目 □2回目 □3回目 □4回目) 8 ポリオ(□1回目 □2回目 □3回目 □4回目) 2 小児用肺炎球菌 9 BCG(□1回目) (□1回目 □2回目 □3回目 □4回目) 10 麻しん風しん混合(MR)(□1回目 □2回目) 3 B型肝炎(□1回目 □2回目 □3回目) 11 水痘(□1回目 □2回目) 4 ロタ(□1回目 □2回目 □3回目) 12 日本脳炎(□1回目 □2回目 □3回目 □4回目) ⇒1回目の種類:ロタリックス・ロタテック 13 二種混合(□1回目) 5 五種混合(□1回目 □2回目 □3回目 □4回目) 14 子宮頸がん:HPV(□1回目 □2回目 □3回目) 6 四種混合(□1回目 □2回目 □3回目 □4回目) ⇒1回目の種類:ガーダシル・サーバリックス・シルガード9 7 三種混合(□1回目 □2回目 □3回目 □4回目) 2回目以降の申請となる場合○で囲む			
接種医療機関名				市・町・村 区	
交付理由		1 かかりつけ医がいるため 3 里帰りのため 2 長期入院のため 4 その他()			
連絡票受取り方法		1 郵送 2 窓口			
郵送先		※郵送希望の方のみご記入ください。 1 申出者と同じ 2 その他(〒) (様方)			
接種の予約日		1 有(/) 2 無		備考	

※市記入欄

【連絡票の交付】

【添付書類】

【電話受付日】

決裁欄	課長	課長補佐	主査	担当者	□ 郵送(/)	無 ・ 有 (/)	【受付者】
					□ 窓口(/)	□ 同意書	
					□ 本人確認	□ 委任状	
					□ 交付日入力	□ その他()()	

※課長決裁欄の押印は、公印管守者による審査押印を兼ねています。