

愛知県広域予防接種連絡票交付申出書(A類疾病)

令和 年 月 日

(宛先)春日井市長

〒

住 所

ふりがな

続柄・関係

申出者

氏 名

()

※接種対象者と住所が異なる場合は身分証明書の写しを添付してください。

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	ふりがな 2 申出者以外 ()	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6(2024)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) 7 麻しん風しん混合(MR) (□1回目 □2回目) 2 小児用肺炎球菌 8 水痘 (□1回目 □2回目) (□1回目 □2回目 □3回目 □4回目) 9 日本脳炎 3 B型肝炎 (□1回目 □2回目 □3回目) (□1回目 □2回目 □3回目 □4回目) 4 ロタ (□1回目 □2回目 □3回目) 10 二種混合 (□1回目) ⇒1回目の種類:ロタリックス・ロタテック 11 子宮頸がん:HPV(□1回目 □2回目 □3回目) 2回目以降の申請となる場合○で囲む ⇒1回目の種類:ガーダシル・サーバリックス シルガード9 5 四種混合 (□1回目 □2回目 □3回目 □4回目) 6 BCG (□1回目) 12 その他 ()				
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

決裁欄	課長	課長補佐	主査	担当者

【連絡票の交付】

- 郵送(/)
 窓口(/)
 交付日入力

【添付書類】

- 無・有 (/)
 同意書
 委任状
 その他() ()

【電話受付日】

【受付者】

※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。