

広域予防接種連絡票交付申請書(A類疾病)

令和 年 月 日

美浜町長様

申請者

住所 美浜町

氏名

このことについて、下記のとおり、かかりつけ医、加療中等であるため、広域予防接種連絡票の交付を申請します。

住所	同上・美浜町		電話番号	-
保護者氏名		被接種者との続柄	被接種者 生年月日	平成・令和 年 月 日 (満 歳 か月)
フリガナ				
被接種者氏名	男・女			
対象者区分	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()			
接種を希望する医療機関及び住所市町村		クリニック・医院・病院 ・ 市・町		
希望する 予防接種	予防接種名(希望する項目に○をつける)			
	2種混合(DT)	2期(1回)		
	不活化ポリオ	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	4種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	5種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	麻しん風しん混合(MR)	第1期(1回)・第2期(1回)		
	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・追加 ・ 2期		
	結核(BCG)	1回		
	ヒブ	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	小児用肺炎球菌	1期初回 (1回目・2回目・4回目)・追加		
	子宮頸がん(2価・4価)	1回目・2回目・3回目		
	子宮頸がん(9価)	1回目・2回目・3回目(15歳以上)		
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	水痘	1回目・2回目		
ロタテック(5価)	【1回目(/)・2回目(/)・3回目(/)】			
ロタリックス(1価)	【1回目(/)・2回目(/)			
※確認書類等	母子健康手帳 ・ 診察券(被接種者)			

