

契約医療機関外定期予防接種申請書

申請した日付

年 月 日

(宛先) 幸田町長

(申請者)

住 所 幸田町大字菱池字元林1-1

(電話 62 - 1111)

フリガナ コウタ ハコ

氏 名 幸田 花子

(続柄 母)

下記の理由により、下記医療機関での予防接種を希望しますので申請します。

フリガナ	コウタ タロウ
被接種者名	幸 田 太 朗 (男 ・ 女)
生年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日 (歳 〇 か月)
住所 (滞在地)	同 上 又は 滞在地住所 (送付先が申請者住所と違う場合)
予防接種の種類	<p>ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加)</p> <p>肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加)</p> <p>B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)</p> <p>ロタ (1回目・2回目・3回目)</p> <p>四種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)</p> <p>BCG 麻しん 風しん MR (1期・2期)</p> <p>水痘 (1回目・2回目)</p> <p>日本脳炎 (1期1回目・2回目・追加・2期)</p> <p>二種混合</p> <p>ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加)</p> <p>子宮頸がん (1回目・2回目・3回目)</p> <p>三種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)</p>
申請理由	かかりつけ医 等
接種医療機関	<p>医療機関名 〇〇〇病院</p> <p>接種医師名 〇〇 〇〇〇先生</p> <p>住所 〇〇〇〇〇〇〇1-1</p>

接種医のフルネームを記載して下さい。*接種医が愛知県広域接種協力医でない場合、申請はできません。