

(別紙)

愛知県広域予防接種申請書

令和 年 月 日

阿久比町長 殿

住 所 阿久比町
保護者氏名
被接種者氏名 ふりがな (男・女)
生年月日 平成・令和 年 月 日
電 話

下記の予防接種を、愛知県内の広域予防接種協力医療機関で受けることを申請します。なお、申請にあたっては、愛知県広域予防接種協力医療機関に、接種を希望する旨を伝え、接種の了承を得ています。

<予防接種名>	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	
	ロタ	1回目	2回目	3回目	(ロタテックのみ)
	ヒブ	1回目	2回目	3回目	追加
	混合接種 (種)	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	1回			
	MR	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
	DT2種混合	1回			
	子宮頸がん	1回目	2回目	3回目	

<申請事由>

- 阿久比町外の病院等で長期に入院治療を要し、町内の医療機関で接種を受けることが困難なため
- 里帰り出産・家庭内暴力等により、町外での接種を希望するため
- かかりつけ医療機関が町外にあるため

<接種希望医療機関> 該当する医療機関がある場合は○をつけ、ない場合は以下に記入してください。

いしがせの森、オーシャンキッズクリニック、おっかわこどもとアレルギーのクリニック
くぼた小児科、クリニック・パパ、ひいらぎこどもクリニック、ひだかこどもクリニック
(50音順)

(医療機関名)

(所在市町村)

(連絡先)

申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	担当者名	
---------	-------	-------------------	-------	------	--