

愛知県外予防接種申請書

被 接 種 者	住 所	〒 ー 田原市 (電話)		
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
保 護 者 氏 名			続 柄	
予 防 接 種 の 種 類 ※希望する予防接種 に○をつけてください。		ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加) 小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) ロタテック (1回目・2回目・3回目) ロタリックス (1回目・2回目) B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) 5種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) BCG 水痘 (1回目・2回目) MR (1期・2期) 日本脳炎 (1回目・2回目・追加・2期) 2種混合 子宮頸がん予防 (1回目・2回目・3回目) 不活化ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加) 3種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) RSウイルス		
依 頼 先 市 町 村 名 及 び 担 当 課 または 医 療 機 関 名		(所在地) 県 市・町・村 (医療機関名)		
滞 在 地 住 所		〒 ー 方 (電話)		
依 頼 理 由				
上記理由により、住所地でなく滞在地（医療機関）での予防接種を希望しますので、市町村（医療機関）あての依頼書を申請します。 田原市長 殿 申請者 住所 氏名 年 月 日				