

豊川市長 様

以下のとおり市外で予防接種を受けたいと希望する者です。

申請日	令和 <b>6</b> 年 <b>4</b> 月 <b>10</b> 日		
被接種者	氏名	フリガナ トヨカワ ハナコ <b>豊川 花子</b> (男・ <b>女</b> )	
	生年月日	平成・ <b>令和</b> <b>6</b> 年 <b>2</b> 月 <b>10</b> 日 (歳 <b>2</b> か月)	
	住所	〒 <b>442-0879</b> 豊川市 <b>萩山町 3丁目 77番地の1</b>	
	電話番号 (日中連絡のとれる番号)	( <b>090</b> ) <b>1234</b> -XXXX 本人・母・ <b>父</b> ・その他 ( )	
保護者	氏名	フリガナ トヨカワ タロウ <b>豊川 太郎</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">被接種者が16歳以上の場合は記入不要です。</span>	
予防接種	医療機関	所在地: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 市 医療機関名: <b>●●クリニック</b>	
	希望ワクチン ※希望ワクチン、かつ申請年度内での接種可能なワクチンの <input type="checkbox"/> にチェックをつけてください。	小児肺炎球菌	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目
		B型肝炎	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目
		ロタウイルス	ロタリックス <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 ロタテック <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
		5種混合	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input checked="" type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目
		BCG	<input checked="" type="checkbox"/>
		ヒブ	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目
		4種混合	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目
		MR	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期
		水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
日本脳炎		<input type="checkbox"/> 1期1回目 <input type="checkbox"/> 1期2回目 <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期	
D T (2種混合)	<input type="checkbox"/> 2期		
ヒトパピローマウイルス (HPV)	シルガード9 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 ガーダシル <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 サーバリックス <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目		
予診票	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ <input type="checkbox"/> 市から送付前 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 滞在先に持参していない 送付が必要な予診票のワクチン・回数を記入 ( )		
滞在先	滞在先がある場合は記入をお願いします		
	住所	〒 - ( ) 様方 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">里帰り等で滞在先がある場合はご記入ください。</span>	
	電話番号	( ) -	
申請者	<input checked="" type="checkbox"/> 上記保護者に同じ (下記への記入は不要です。) <input type="checkbox"/> 代理で申請 (代理の申請の方は、記入をお願いします。)		
	氏名	フリガナ	
	接種者との続柄		
	住所	〒 - 豊川市	
電話番号 (日中連絡のとれる番号)	( ) -		
書類送付先	<input type="checkbox"/> 来所 <input checked="" type="checkbox"/> 郵送 ( <b>接種者住所</b> ) 滞在先・申請者 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">郵送をご希望の方は、郵送先に○をつけてください。</span>		
予防接種予定日	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (令和 年 月 日)		

※この申請書に必ず母子健康手帳の出生届のページと予防接種記録のページ(1)から(5)を添付すること。