

小児定期予防接種予診票依頼申請書

年 月 日

被接種者 ※接種を受ける方 の氏名	氏名	フリガナ	性別	男 女
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所	〒 行田市 日中つながる電話番号		
申請者 ※保護者等	氏名	(続柄:)		
	住所	〒 日中つながる電話番号		
再発行の理由	<input type="checkbox"/> 転入のため <input type="checkbox"/> 紛失・破損 <input type="checkbox"/> その他 ()			
希望する予防接種 予診票の種類 ※□にレ点を入れ、枚数を記入してください。	<input type="checkbox"/> ロタウイルス (1回目・2回目・3回目※ロタテックのみ) <input type="checkbox"/> ヒブワクチン (1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 4種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> 5種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) <input type="checkbox"/> BCG (1回目) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん〔MR〕 (1回目・2回目) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) (1回目・追加) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1回目・2回目・追加・第2期) <input type="checkbox"/> 2種混合 (第2期) <input type="checkbox"/> HPV〔子宮頸がん予防ワクチン〕 (1回目・2回目・3回目)			
添付書類	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の「出生届出済証明」と「予防接種の記録」全てのページの写し			
送付先	<input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所 (被接種者及び申請者の本人確認書類 (運転免許証、マイナンバーカード、パスポートなど) の写しを添付してください。			

《事務処理欄》

添付書類確認	住所確認	封入	送付	受付印
/	/	/	/	
備考欄				