

行田市小児定期予防接種予診票依頼申請書

2025年 1月 〇〇日

被接種者 ※接種を受ける方の氏名	氏名	フリガナ ギョウダ タロウ 行田 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	生年月日	2024年 10 月 〇〇 日 ( 3か月 )		
	住所	〒 361-0023 行田市 長野2-3-〇〇 日中つながる電話番号 080-1234-〇〇〇〇		
申請者 ※保護者等	氏名	行田 花子 (続柄: 母)		
	住所	〒 同上 ※被接種者と違う場合はご記入ください 日中つながる電話番号 同上 ※被接種者と違う場合はご記入ください		
再発行の理由	<input checked="" 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、必要な回数に○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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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				