

予 防 接 種 予 診 票 交 付 申 請 書

接種希望者	ふりがな		男 ・ 女
	氏 名		
	住 所	つくばみらい市	
	生年月日	年	月
保護者氏名			
連 絡 先			
申 請 理 由	1 転入 2 紛失 3 その他		
予防接種の種類	<p>※ 発行希望項目に○をいれてください。</p> <p>()ヒブ(1回目・2回目・3回目・4回目)</p> <p>()小児用肺炎球菌(1回目・2回目・3回目・4回目)</p> <p>()ロタウイルス(1回目・2回目・3回目)</p> <p>()B型肝炎(1回目・2回目・3回目)</p> <p>()四種混合 第1期初回(1回目・2回目・3回目) 第1期追加</p> <p>()不活化ポリオ(1回目・2回目・3回目・4回目)</p> <p>()BCG</p> <p>()水痘(1回目・2回目)</p> <p>()麻しん及び風しん (第1期 第2期)</p> <p>()麻しん (第1期 第2期)</p> <p>()風しん (第1期 第2期)</p> <p>()日本脳炎 第1期初回(1回目・2回目) 第1期追加</p> <p>()日本脳炎 第2期</p> <p>()子宮頸がん(1回目・2回目・3回目)</p> <p>()ジフテリア・破傷風混合第2期</p>		
接種予定医療機関			
<p>上記により予防接種依頼書の交付について申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>つくばみらい市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>			

市記入欄

- 予防接種歴の確認(住基・母子健康手帳)
 発行物の確認
 転出時の説明
 規定回数説明

対応者： _____