

予 防 接 種 予 診 票 交 付 申 請 書

接種希望者	ふりがな	
	氏 名	
	住 所	つくばみらい市
	生年月日	年 月 日 ()歳
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 (項目と回数に○)	1. 小児用肺炎球菌	【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】
	2. B型肝炎	【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 】
	3. ロタウイルス	【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 】
	4. 五種混合 <small>(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・インフルエンザ菌b型)</small>	【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】
	5. BCG	
	6. 麻しん (はしか) ・ 風しん	【 第1期 ・ 第2期* 】
	7. 水痘	【 1回目 ・ 2回目 】
	8. 日本脳炎	第1期【 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 】 ・ 第2期*
	9. ヒトパピローマウイルス (HPV) *	【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 】
	10. ジフテリア・破傷風*	
	11. 四種混合 <small>(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)</small>	【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】
	12. インフルエンザ菌b型 (Hib)	【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】
接種予定医療機関		
上記により予防接種依頼書の交付について申請します。 年 月 日 つくばみらい市長 様 <div style="text-align: right;">申請者氏名</div>		

〈郵送で申請する時は母子健康手帳の以下のページのコピーを同封してください。〉

- ①本人の氏名と生年月日が記載されたページ
- ②予防接種の記録の全てのページ (記録のない予防接種のページも含む)

*** 次の予診票は以下の時期につくばみらい市健康増進課から発送します。**

- ・ 麻しん (はしか) ・ 風しん第2期…年長になる年度の始め
- ・ 日本脳炎第2期…9歳の誕生月の月末
- ・ 二種混合 (ジフテリア・破傷風) …11歳の誕生月の月末
- ・ ヒトパピローマウイルス (HPV) …小学6年生になる年度の初め

事務処理欄		
受付日	発行日	担当者
/	/	