定期予防接種予診票　交付・再交付申請書

年　　月　　日

（あて先）一宮市長

＜申請者＞　　住所:

氏名:　　（続柄　　）

電話番号:

定期予防接種予診票の（再）交付を受けたいので、次のとおり申請します。

1　接種を受ける子の氏名・生年月日

ふりがな

氏　名:

生年月日:　　年　　月　　日

（　　歳　　か月）

※申請者と接種を受ける子の住所が違う場合
接種を受ける子の住所
一宮市

2　希望する予防接種の種類

種　　類	回　　数
ロタリックス　・　ロタテック	1回目　・　2回目　・　3回目（ロタテックのみ）
B型肝炎	1回目　・　2回目　・　3回目
小児肺炎球菌	1回目　・　2回目　・　3回目　・　追加
ヒブ	1回目　・　2回目　・　3回目　・　追加
四種混合（DPT－IPV）	1回目　・　2回目　・　3回目　・　追加
BCG	1回目
麻しん風しん混合（MR）	1期　・　2期
日本脳炎	1期1回　・　1期2回　・　1期追加　・　2期
水痘	1回目　・　2回目
二種混合（DT）	2期
子宮頸がん（HPV）	1回目　・　2回目　・　3回目
□ 予診票綴り1冊渡し（ R5・R4・R3・R2 ）	
備考	

3　申請理由

紛失　・　特例等による交付　・　その他（　　）

事務処理欄	受付印
□　対応時母子健康手帳持参説明済　　□　☆ □　PC履歴 送付管理　（　/　）＿＿＿＿ 交付場所　：　保健所　（　中　　西　　北　）　センター 確認　　□　母子健康手帳　□　身分証明書 □　住所一致　　確認者＿＿＿＿＿＿	