

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
五種混合 (DPT-IPV-Hib)	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 (R6 ・ R5 ・ R4)	
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 <u>確認者</u> ☐ 住所一致	