予防接種予診票交付申請書

ふり　がな 氏　　名		生年月日	H・R　　年　　月　　日生 （　　歳　　か月）
住　　所			
電　　話	※昼間連絡のつく電話番号を記入して下さい。		
受診予定医療機関			
申請理由	1 転入　　2 紛失　　3 破損　　4 その他（　　）		

交付予診票	B C G	□	
	不活化ポリオ	Ⅰ期　□初回１回目　□初回２回目　□初回３回目　□追加	
	四種混合	Ⅰ期　□初回１回目　□初回２回目　□初回３回目　□追加	
	二種混合	□Ⅱ期	
	麻しん風しん混合	□１期　□２期	
	日本脳炎 3歳～7歳6か月未満	Ⅰ期　□初回１回目　□初回２回目　□追加	
	日本脳炎（もれ者） 2期・特例	Ⅰ期　□初回１回目　□初回２回目　□追加	□Ⅱ期
	ヒブ （インフルエンザ菌ｂ型）	□初回１回目　□初回２回目　□初回３回目　□追加	
	小児用肺炎球菌	□初回１回目　□初回２回目　□初回３回目　□追加	
	B型肝炎	□１回目　□２回目　□３回目	
	水痘	□１回　□２回	
	おたふくかぜ	□	
	その他	予防接種名・回数【　　】	

上記のとおり、予防接種予診票の交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

常総市長　殿

押印をぼ印に代えることは，差し支えありません。　申請者氏名　　㊞

（注）１　「申請理由」欄は、該当する事由の番号を〇で囲んでください。申請理由が「３破損」の場合は、破損した予診票を返却してください。

２　「交付予診票」欄は、必要な予診票の□にレ印を付けてください。