

定期予防接種予診票 交付・再交付申請書

フリガナ		保護者氏名	
対象者氏名			
生年月日	年 月 日 生	年齢	歳 か月
住所	清瀬市	電話番号	
申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

☆予防接種予診票 必要な予診票にチェックを入れてください。

ヒブ	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加
肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加
B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	
ロタ	<input type="checkbox"/> タリックス <input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回		
	<input type="checkbox"/> タテック <input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	
四種混合	第1期 <input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加
BCG	<input type="checkbox"/> 1回			
麻疹風しん (MR)	<input type="checkbox"/> 第1期	<input type="checkbox"/> 第2期		
水痘	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回		
日本脳炎	第1期 <input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 追加	
	第2期 <input type="checkbox"/> 1回	(※特例対象者H7/4/2生～H19/4/1生 20歳未満まで)		
ジフテリア・破傷風 (DT)	<input type="checkbox"/> 1回			
子宮頸がん	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> キャッチアップ対象者 (H9/4/2生 ~ H20/4/1生の女性)
( )	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> ( )

上記の予診票の交付を申請します。

※ 必ず母子健康手帳の出生届出済証明のページ 及び 全ての予防接種の記録の欄のコピーを添付してご郵送ください。

コピー	<input type="checkbox"/> 出生届済証明のページ	<input type="checkbox"/> 予防接種 接種履歴 (全て)
-----	-------------------------------------	---

市役所記入欄						
担当	発行・郵送	健康カルテ確認	個人特記入力	身分証明書・母子手帳確認		(備考)