

☆ 太枠の内を、ご記入ください

申請者氏名	多可 花子
申請者住所 (番地までご記入ください)	〒 679 - 1114 中区・加美区・八千代区
申請者電話番号	(0795) 32 - 5121
連絡のつく時間帯	15時以降

指定時間等があればご記入ください。

予防接種予診票 交付申込書

接種希望者の氏名	多可 太郎
接種希望者の生年月日	平成(令和) 3 年 3 月 27 日生まれ (1 歳 3 ヶ月)
電話番号	() 同上
保護者氏名	同上
予診票交付を希望される理由(該当するものを○で囲んでください)	
1. 紛失 2. 書き損じによる再交付 3. 転入 4. 予診票の交換 5. その他	
予診票の種類 (発行する予防接種を ○で囲んでください)	予防接種綴り(すべて)
	ロタウイルス① ・ ロタウイルス② ・ ロタウイルス③
	ヒブ① ・ ヒブ② ・ ヒブ③ ・ ヒブ追加
	肺炎球菌① ・ 肺炎球菌② ・ 肺炎球菌③ ・ 肺炎球菌追加
	B型肝炎① ・ B型肝炎② ・ B型肝炎③
	四混(DPT-IPV)1期初回① ・ 1期初回② ・ 1期初回③ ・ 1期追加
	BCG ・ ポリオ① ・ ポリオ② ・ ポリオ③ ・ ポリオ追加
	水痘 1回目 ・ 2回目
	麻しん風しん(MR)1期 ・ 2期
	日脳1期初回① ・ 1期初回② ・ 1期追加 ・ 2期
二種(DT)2期	
子宮頸がん① ・ 子宮頸がん② ・ 子宮頸がん③	

申請者と同じ場合は「同上」としてください。

確認書類・確認者 (転入者は母子健康 手帳のコピー必要)	確認したものにチェック	接種データ確認者	窓口配付
	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 町データ		月 日
※町職員記入欄			
担当者確認欄	データ入力	郵送	確認
	月 日	月 日	