

予防接種予診票等交付申請書

年 月 日

被接種者氏名 <small>※接種を受ける方の氏名</small>	フリガナ	性別	男・女
生 年 月 日	年 月 日		
住 民 登 録 の あ る 住 所	〒 港区		
	連絡先電話番号		
申 請 者 氏 名	(続柄:)		
再 発 行 の 理 由 (該当する□に✓を付けて ください)	<input type="checkbox"/> 紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 以前、接種に行ったが、体調が悪く接種できなかったため <input type="checkbox"/> その他 ()		
予 防 接 種 の 種 類 発行を希望する接種の□に ✓を、回数に○印を付けて ください。	小児 { <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ロタ (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> ヒブ (初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 (初回1回目・初回2回目・初回3回目・追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 四種混合 (1期1回目・1期2回目・1期3回目・1期追加) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん (1期・2期) <input type="checkbox"/> 水痘 (1回目・2回目) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1期1回目・1期2回目・1期追加・2期) <input type="checkbox"/> 子どもの季節性インフルエンザ(1回目・2回目)※ <small>10月～翌年1月31日まで 生後6か月～高校3年生相当年齢</small> <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (1回目・2回目・3回目) 		
	成人 <input type="checkbox"/> 風しんの追加的対策(クーポン券)※S37年4月2日～S54年4月1日生の男性 高齢者 { <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ ※10月1日～翌年1月31日まで ※ご希望の予診票等が発行対象年齢を満たしているか、ホームページ等でご確認の上、 ご申請ください (有効期限が切れている場合は、原則として発行できません。)。		
送 付 先 <small>※予診票等は区指定の医療機関 (予防接種ごとに異なりますのでお 知らせ又はHPでご確認ください。) でのみ使用可能です。</small>	<input type="checkbox"/> 現住所 (住民登録のある港区の住所) <input type="checkbox"/> その他 住 所 (方書を必ずご記入ください) 〒		

※現住所以外へ送付希望の場合は、被接種者及び申請者の本人確認書類の写しを添付してください。

	受付	発行	封入	確認	送付日	受 理
事 務 処 理 欄						
	備考					