

定期予防接種予診票交付申請書

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			
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。	<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"/> 小児用肺炎球菌 (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"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (1回目・2回目・3回目) <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <u>※ご希望の予診票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。</u>		
送 付 先 ※送付先をご指定いただけますが、予診票は23区内の指定医療機関のみで使用可能です。	<input type="checkbox"/> 現住所 (住民登録のある住所) <input type="checkbox"/> その他 〒 住 所 (方書を必ずご記入ください)		
事 務 処 理 欄	受付	発行	封入
	確認	送付日	受 理
備考			

※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。