

定期予防接種予診票交付（再交付）申請書

A類疾病

明和町長あて

年 月 日

申請者 住所 明和町

フリガナ

氏名

被接種者との続柄

電話

下記のとおり定期予防接種予診票の交付（再交付）を申請します。

記

被 接 種 者	住 所	明和町
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
申請理由		① 紛失 ② 転入 ③ その他 ()

予防接種の種類（該当する予診票の種類に○を付けてください。）

1. ヒブ（Hib）	1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
2. 小児用肺炎球菌	1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
3. B型肝炎	1回 ・ 2回 ・ 3回
4. ロタウイルス	1回 ・ 2回 ・ 3回
5. 四種混合（DPT-IPV）	1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
6. 五種混合（DPT-IPV-Hib）	1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
7. 二種混合（DT）	第2期
8. BCG	1回
9. 麻しん風しん混合（MR）	第1期 ・ 第2期
10. 水痘	1回 ・ 2回
11. 日本脳炎	第1期初回（1回 ・ 2回） 第1期追加 第2期
12. ヒトパピローマウイルス（HPV）	1回 ・ 2回 ・ 3回
13. その他	