

予防接種予診票交付・再交付申請書

令和 年 月 日

茨城町長 様

(申請者)

住所 茨城町 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

電話 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

下記により、予防接種予診票の(交付・再交付)を申請します。  
記

種類 (○で囲んでください)	乳幼児・小学・中学・高校生	定期	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 BCG
			4 4種混合 (1回・2回・3回・追加)
			5 不活化ポリオ (1回・2回・3回・追加)
			6 水痘 (1回・2回)
7 麻しん風しん (MR) (第1期・第2期)			
8 二種混合			
9 日本脳炎1期 (1回・2回・追加) 2期			
10 日本脳炎特例 H19.4.2~H21.10.1 1期 (1回・2回・追加) 2期			
11 日本脳炎特例 20歳の誕生日の前日~H19.4.2 1期 (1回・2回・追加) 2期			
12 B型肝炎 (1回・2回・3回)			
13 子宮頸がん (1回・2回・3回)			
14 ロタウイルス (1回・2回) 5価 (3回) ※R2.8.1以降に生まれた方			
15 予診票つづり式			
任意	16 小児インフルエンザ (1回・2回)		
	17 おたふくかぜ		
	18 ロタウイルス (1回・2回) ※R2.7.31までに生まれた方		
成人・高齢者	定期	19 成人用肺炎球菌 (生涯一度限り)	
		20 高齢者インフルエンザ (満年齢:接種日に注意)	
		21 大人の風しん (風しん第5期) (S37.4.2日からS54.4.1日の間に生まれた男性)	
	任意	22 成人用肺炎球菌	
		23 大人の風しん	
接種対象者 氏名	フリガナ	生年 月日	年 月 日 ( 歳 か月)
保護者住所氏名 (接種者が、未成年の場合保護者住所・氏名を記載してください。)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 住所 _____ 氏名 _____		
申請理由	<input type="checkbox"/> 転入のため ( 年 月に から転入) <input type="checkbox"/> 紛失のため <input type="checkbox"/> その他 ( )		

【職員確認欄】  母子健康手帳  システム  交付前チェック

交付者サイン \_\_\_\_\_