

小国町長 様

予防接種予診票 交付・再交付申請書（小児用）

下記により、予防接種予診票の（ 交付 ・ 再交付 ）を申請します。

【保護者】 住所 阿蘇郡小国町大字 番地

氏名

電話

種類 (○で囲む)	1. ヒブ感染症（ 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 ）※ロタリックスは2回、ロタテックは3回 5. 五種混合（ 1回・2回・3回・追加 ） 6. BCG 7. 麻しん風しん混合（ 1期・2期 ） 8. 水痘（ 1回・2回 ） 9. 日本脳炎（ 1期1回・1期2回・1期追加・2期 ） 10. 二種混合 11. 子宮頸がん（ 1回・2回・3回 ） 12. その他（ ）		
接種対象者 氏 名	ふりがな ----- 	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)
申請理由	1. 転入のため(年 月に から転入) 2. 紛失したため 3. 町内の指定医療機関で接種できないため、予防接種広域化業務での接種を希望するため 4. その他()		

[確認]

☐ システム・住民票（ 名前 ・ 年齢 ・ 住所 ）☐ 接種履歴・接種間隔（ 母子健康手帳 ・ 乳幼児台帳 ・ その他[] ）☐ 予診票の発行（ 済 ・ 未 ）☐ 予診票の受け取り(広域化の申請の場合のみ)（ 済 ・ 未 ）

受付者サイン