

# 定期予防接種予診票交付・再交付申請書

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

<申請者> 住 所：  
 氏 名： (続柄 )  
 電話番号：

定期予防接種予診票の（再）交付を受けたいので、次のとおり申請します。

1 定期予防接種を受ける方の氏名及び生年月日

ふりがな  
氏 名：  
生年月日：

2 予診票（再）交付を希望する予防接種の種類

該当するものに○をつけてください。

種 目	回 数
ロタウイルス※（交付時注意）	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
Hib（ヒブ）	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目
小児の肺炎球菌	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目
B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
4種混合	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
BCG	1回
麻しん風しん混合ワクチン	第1期 ・ 第2期
水痘（みずぼうそう）	1回目 ・ 2回目
日本脳炎	1期1回 ・ 1期2回 ・ 1期追加 ・ 2期
*日本脳炎（特例）	1期1回 ・ 1期2回 ・ 1期追加 ・ 2期
ポリオ（不活化）	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
麻しん	第1期 ・ 第2期
風しん	第1期 ・ 第2期
ヒトパピローマウイルス感染症（子宮頸がん予防）	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
二種混合（2期）	1回

3 申請の理由

紛失 ・ 特例等による交付 ・ その他（ ）

身分証確認（保険証・運転免許書・他）

対応職員 名前