

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
5 種混合	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 追加
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（特例措置）	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（ ）
本人確認（保険証・運転免許証・ロゴフォーム・他）
対応職員 名前