

予診票再交付申請書

申請年月日(年 月 日)

被接種者氏名

(男・女)

生年月日(年 月 日)

住 所 檜原市 町

【乳幼児】

ロタウイルス感染症 (1回目・2回目・3回目)
ヒブ感染症 (1回目・2回目・3回目・追加)
小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加)
B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)
三種混合第1期 (1回目・2回目・3回目・追加)
五種混合第1期 (1回目・2回目・3回目・追加)
不活化ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加)
BCG
水痘 (1回目・2回目)
麻しん・風しん混合 (第1期・第2期)
麻しん (第1期・第2期)
風しん (第1期・第2期)
日本脳炎第1期 (1回目・2回目・追加)

【児童・生徒】

日本脳炎第2期
二種混合2期
子宮頸がん予防 (1回目・2回目・3回目)
特例日本脳炎第1期 (1回目・2回目・追加)

上記の者が、今回接種を見合わせますので、予診票の再交付を申請します。

実施医療機関名

※持参品:申請書・母子健康手帳

市受領年月日(年 月 日)

|