

年 月 日

阿見町長 殿

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号  
被接種者との関係 ( )

阿見町定期予防接種予診票再交付申請書

阿見町予防接種実施要綱第5条第1項の規定により、予診票の交付を次のとおり申請します。

|               |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 氏名            |       | ( 男・女 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 生年月日          |       | 年 月 日生まれ (満 歳 ヶ月)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 保護者氏名         |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 住所            |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 電話番号          |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 再交付する<br>予防接種 | 児 童   | ( )BCG<br>( )ヒブ 初回( 1回目・2回目・3回目 ) 追加<br>( )小児用肺炎球菌 初回( 1回目・2回目・3回目 ) 追加<br>( )不活化ポリオ 初回( 1回目・2回目・3回目 ) 追加<br>( )5種混合 1期初回( 1回目・2回目・3回目 ) 1期追加<br>( )4種混合 1期初回( 1回目・2回目・3回目 ) 1期追加<br>( )3種混合 1期初回( 1回目・2回目・3回目 ) 1期追加<br>( )2種混合 1期初回( 1回目・2回目 ) 1期追加 2期<br>( )日本脳炎 1期初回( 1回目・2回目 ) 1期追加 2期<br>( )麻しん・風しん混合 1期 2期<br>( )麻しん 1期 2期<br>( )風しん 1期 2期<br>( )子宮頸がん 1回目・2回目・3回目<br>( )水痘 1回目・2回目<br>( )B型肝炎 1回目・2回目・3回目<br>( )ロタウイルス 1回目・2回目・3回目 |
|               | 高 齢 者 | ( )インフルエンザ ( )新型コロナウイルス<br>( )高齢者肺炎球菌 ( )带状疱疹                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 申請の理由         |       | 紛失 ・ 破損 ・ その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

備考

- 1 該当する予防接種のかっこ内に○を記入してください。なお、既に予防接種を受けた時期・回数がある場合は、まだ受けていないものに○をつけてください。
- 2 申請者と保護者が同一人のときは、申請者欄の住所及び電話番号の記載は不要です。