

年 月 日

阿見町長 殿

申請者 住所
 氏名 (印)
 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 予防接種	児童	()BCG ()ヒブ 初回(1回目・2回目・3回目) 追加 ()小児用肺炎球菌 初回(1回目・2回目・3回目) 追加 ()不活化ポリオ 初回(1回目・2回目・3回目) 追加 ()4種混合 1期初回(1回目・2回目・3回目) 1期追加 ()3種混合 1期初回(1回目・2回目・3回目) 1期追加 ()2種混合 1期初回(1回目・2回目) 1期追加 2期 ()日本脳炎 1期初回(1回目・2回目) 1期追加 2期 ()麻しん・風しん混合 1期 2期 ()麻しん 1期 2期 ()風しん 1期 2期 ()子宮頸がん 1回目・2回目・3回目 ()水痘 1回目・2回目 ()B型肝炎 1回目・2回目・3回目
	高齢者	()インフルエンザ ()高齢者肺炎球菌
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つこ内に○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。