定 期 予 防 接 種 予 診 票 交 付 ・ 再 交 付 申 請 書

令和　　年　　月　　日

清　須　市　長　様

申請者
住　所　清須市
氏　名　　（続柄　　）

下記により定期予防接種の予診票の交付・再交付を申請します。

ふりがな	
被接種者氏名	
生年月日	年　　月　　日生　（　　歳　　か月）
住　　所	(住民登録をしているところ) 申請者と同じ□
電話番号 日中連絡可能な番号	（　　）　　－
申請理由	転入　・　紛失　・　その他（　　）
希望する予防接種	**RS ウイルス感染症**　（※申請時の妊娠週数　　週　　日） **ロタウイルス感染症**　ロタリックス　1回目・2回目 ロタテック　1回目・2回目・3回目 **B 型肝炎**　1回目・2回目・3回目 **小児肺炎球菌感染症**　初回1回目・2回目・3回目・追加 **五種混合**　初回1回目・2回目・3回目・追加 **BCG** **麻しん風しん混合（MR）**　第Ⅰ期・第 Ⅱ 期 **水痘**　1回目・2回目 **日本脳炎**　初回1回目・2回目・追加・第Ⅱ期 **二種混合** **ヒトパピローマウイルス（HPV）感染症**　1回目・2回目・3回目 **その他**　（　　）

＊添付書類：母子健康手帳の全ての予防接種記録（写しでも可）

※RS ウイルス感染症を希望される方は、妊娠している児の母子健康手帳をご提示ください。（妊娠週数等を確認させていただきます。）