定 期 予 防 接 種 予 診 票 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再交付を申請します。

ふりがな	
被接種者氏名	
生年月日	平成・令和　　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	紛失　・　その他（　　）
希望する予防接種	ロタウイルス　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 ヒブワクチン　初回１回目・２回目・３回目・追加 小児肺炎球菌　初回１回目・２回目・３回目・追加 ＢＣＧ 四種混合　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 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)　１回目・２回目・３回目

＊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）