

太枠の中をご記入してください。

I D 番号(11桁)

# 広域予防接種券交付申請書

令和 年 月 日

三原市長様

申出者 住所

名前

印

※申出者本人が手書きした場合は押印不要です。

接種者との続柄 ( )

電話番号

つぎの者の広域予防接種券の交付申請をします。

接種者(子ども)	名前	
	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
	接種予定医療機関	

申請理由

1. 転入                      3. その他 ( )
2. 紛失

※ 広域予防接種券の交付内容 (この欄は記入しないでください)

【定期予防接種】		区 分					期 別 等				
ロタリックス (1価) ※ロタテックも交付	<input type="checkbox"/>	1回目	<input type="checkbox"/>	2回目			※R2. 8. 1生~対象				
ロタテック (5価) ※ロタリックスも交付	<input type="checkbox"/>	1回目	<input type="checkbox"/>	2回目	<input type="checkbox"/>	3回目					
B型肝炎	<input type="checkbox"/>	1回目	<input type="checkbox"/>	2回目	<input type="checkbox"/>	3回目					
BCG	<input type="checkbox"/>	1回									
ヒブ	<input type="checkbox"/>	1回目	<input type="checkbox"/>	2回目	<input type="checkbox"/>	3回目	<input type="checkbox"/>	追加			
小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/>	1回目	<input type="checkbox"/>	2回目	<input type="checkbox"/>	3回目	<input type="checkbox"/>	追加			
不活化ポリオ ※ポリオ接種歴に注意	<input type="checkbox"/>	1回目	<input type="checkbox"/>	2回目	<input type="checkbox"/>	3回目	<input type="checkbox"/>	追加			
4種混合	<input type="checkbox"/>	1期1回目	<input type="checkbox"/>	1期2回目	<input type="checkbox"/>	1期3回目	<input type="checkbox"/>	1期追加			
2種混合	<input type="checkbox"/>	2期									
麻しん・風しん	<input type="checkbox"/>	1期	<input type="checkbox"/>	2期							
水痘	<input type="checkbox"/>	1回目	<input type="checkbox"/>	2回目							
日本脳炎	<input type="checkbox"/>	1期1回目	<input type="checkbox"/>	1期2回目	<input type="checkbox"/>	1期追加	<input type="checkbox"/>	2期			
子宮頸がん(2・4価)	<input type="checkbox"/>	1回目	<input type="checkbox"/>	2回目	<input type="checkbox"/>	3回目					
子宮頸がん(9価)	<input type="checkbox"/>	1回目	<input type="checkbox"/>	2回目	<input type="checkbox"/>	3回目					

※転入者でロタウイルス接種歴がある場合は、接種済みのワクチンと同じ種類の接種券のみ交付してください。

処理者