

予防接種予診票綴り再交付申請書

平成25年1月1日以降生まれの子が対象となります。

※平成24年12月31日以前に生まれた方については登録医療機関に予診票がありますので、申請の必要はありません。

(宛先)奈良市長 令和 年 月 日

【申請者】

〒
住所 奈良市

氏名 続柄()

電話

下記のとおり、予防接種予診票の再交付を申請します。

予防接種の種類 ※必要な予診票に チェックを入れ、回数を ○で囲んでください。	1. ヒブ感染症 (1回・2回・3回・追加)		
	2. 小児用肺炎球菌感染症 (1回・2回・3回・追加)		
	3. B型肝炎 (1回・2回・3回)		
	4. ロタウイルス (1回・2回・3回)		
	5. 4種混合 (1回・2回・3回・追加)		
	6. BCG		
	7. 麻しん・風しん(MR) (第1期・第2期)		
	8. 水痘 (1回・2回)		
	9. 日本脳炎 (1回・2回・追加)		
接種対象者の 氏名	フリガナ	生年月日	平成 令和 年 月 日 (歳 か月)
保護者の氏名 住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 続柄() 奈良市		
申請の理由	1 紛失のため 2 その他()		

予診票綴りの郵送を希望される場合は、返信用切手250円分を同封してください。

<決裁欄>

課長	課長補佐	係長	係員

交付日 (/)
(郵送 ・ 窓口)

入力

受付印

--

上記のとおり予防接種予診票綴りの再交付について申請がありましたので、再交付してよろしいか伺います。

令和 年 月 日 (担当者:)