

予防接種予診票綴り再交付申請書

日本脳炎特例対象者・日本脳炎第2期・二種混合・ヒトパピローマウイルス感染症の予診票は医療機関に用意していますので、申請の必要はありません。

令和 年 月 日

(宛先)奈良市長

【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. 5種混合	(1回・2回・3回・追加)	
	2. ヒブ感染症	(1回・2回・3回・追加)	
	3. 4種混合	(1回・2回・3回・追加)	
	4. 小児用肺炎球菌感染症	(1回・2回・3回・追加)	
	5. B型肝炎	(1回・2回・追加)	
	6. ロタウイルス	(1回・2回・3回)	
	7. BCG		
	8. 麻しん・風しん(MR)	(第1期・第2期)	
	9. 水痘	(1回・2回)	
	10. 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	年 月 日 (歳 か月)
保護者の氏名・住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	申請者が保護者以外の場合は、保護者の氏名・住所を記入ください		
	保護者氏名	続柄	
	住所		
申請の理由	1 紛失のため 2 その他()		

郵送での手続きを希望される場合は、母子健康手帳の出生証明書のページ及び予防接種歴がわかるページのコピー、250円分の返信用切手を同封ください。

<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:)