

# RSウイルス(母子免疫)ワクチン予診票交付申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(宛先)奈良市長

【申請者】

〒 630-8122

住所 奈良市三条本町13番1号

氏名 奈良 花子

続柄( 本人 )

電話 000-0000-0000

下記のとおり、RSウイルス(母子免疫)ワクチン予防接種予診票の交付を申請します。

接種対象者の氏名	フリガナ ナラ ハナコ 奈良 花子
生年月日	○○○○ 年 ○ 月 ○ 日 (満 ○○ 歳)
接種対象者の住所・連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 申請者が接種対象者本人以外で、申請者と住所・連絡先が異なる場合は下記に記入してください
	〒 接種対象者住所 奈良市 電話
妊娠届出提出時期	<input checked="" type="checkbox"/> 令和8年3月31日以前 ⇒ 新規発行 <input type="checkbox"/> 令和8年4月1日以降 ⇒ 再交付(郵送の場合は郵送料の自己負担あり)
郵送での発行希望の場合のみ下記を記入してください	
予診票の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 接種対象者の奈良市の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先の住所
滞在先の住所 ※予診票を滞在先への送付を希望する場合のみ記入	〒 住所 ( )様方

点線から下の部分の  
記入は不要です