

# 予防接種済証交付申請書

受付日	年 月 日	交付日	年 月 日
申請者氏名			接種を受けた人との続柄
申請者住所	〒		
連絡先 (昼間に連絡がつくところ)			
交付理由	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳紛失のため <input type="checkbox"/> 提出・提示等のため・・・母子健康手帳の記録をご提出ください 提出・提示する機関 ( ) 交付期限 ( ) までに必要) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
※英語での交付を希望する場合、チェックしてください。 <input type="checkbox"/>			
接種を受けた人	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
		<input type="checkbox"/> 申請者と違うときに記入する	
予防接種名 (○を付けてください)	Hib (1回目・2回目・3回目・追加免疫) 小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加免疫) 五種混合 (初回1回・初回2回・初回3回・追加) 四種混合 (初回1回・初回2回・初回3回・追加) 三種混合 (初回1回・初回2回・初回3回・追加) 二種混合・生ポリオ (1回目・2回目) 不活化ポリオ (初回1回・初回2回・初回3回・追加) BCG・おたふく (1回目・2回目)・水痘 (1回目・2回目) MR (1期・2期・3期・4期)・麻しん・風しん 日本脳炎1期 (1回・2回・追加)・日本脳炎2期・3期 HPV (1回目・2回目・3回目) B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) ロタウイルス感染症 (1回目・2回目・3回目)・小児インフルエンザ その他 ( )		