

※市記入欄

ID 番号													
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

予防接種券交付申請書

年 月 日

府 中 市 長 様

次のとおり、予防接種券の交付を申請します。

申請者 (保護者)	住所	府中市		電話番号	-	-
	ふりがな		被接種者 との続柄			
	氏名					
被接種者	ふりがな		生年	年	月	日
	氏名		月日	(歳	か月)
	住所 (申請者と異なる場合のみ記入)	府中市		電話番号	-	-
接種医療機関名						

*必要とする予防接種の回数に○印をつけてください。

予防接種名		予防接種回数
ロタ	(1価) ロタリックス	1回目 ・ 2回目
	(5価) ロタテック	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
B型肝炎		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
ヒブ		初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) 追加
小児用肺炎球菌		初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) 追加
四種混合1期		初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) 追加
BCG		1回
麻しん風しん混合		1期 2期
水痘		1回目 ・ 2回目
日本脳炎		1期初回 (1回目 ・ 2回目) 追加 2期
二種混合		2期
子宮頸がん	サーバリックス・ガーダシル	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
	シルガード9	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
インフルエンザ		1回目 ・ 2回目