

※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	-	-	
被接種者	ふりがな		被接種者	
	氏名		との続柄	
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予防接種回数に○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・五種混合)1期 ※該当の予防接種に○をしてください。		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