

※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。

(保護者) 申請者	住所	府中市		
	ふりがな	電話番号 - -		
	氏名	被接種者 との続柄		
被接種者	ふりがな			
	氏名	生年 月日	年 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	(15価)バクニューバンス	初回(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) 追加
	(20価)プレベナー	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