

※市記入欄

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

予防接種券交付申請書（乳幼児）

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)			県	市			
接種医療機関名								

*必要とする予防接種名とその回数に○印をつけてください。

予防接種名		予防接種回数
ロタ	ロタリックス	1回目・2回目
	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	1回目・2回目・3回目・追加
	小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加
	四種混合1期	1回目・2回目・3回目・追加
	BCG	1回
	不活化ポリオ	1回目・2回目・3回目・追加
	麻しん風しん混合	1期
		2期
	麻しん	1期・2期
	風しん	1期・2期
	水痘	1回目・2回目
	日本脳炎	1回目・2回目・追加
		2期
	二種混合	2期
	子宮頸がん	1回目・2回目・3回目
	インフルエンザ	1回目・2回目