

裏面の申請書に必要事項をご記入の上、母子手帳の予防接種欄の写しを添付して下記まで郵送またはFAXしてください。

【中野区保健所 予防接種担当】  
 164-0001 中野区中野2-17-4  
 TEL:03(3382)6500  
 FAX:03(3382)7765□

**【記入例】**

中野区長 へ

平成 **28**年 **10**月 **1**日

【申請者】 住所 中野区 **中野2-17-4-205**

氏名 **予防 一郎**

電話 **( 3382 ) 6500**

この申請書を記入した日付と、申請する方の住所、名前、連絡先電話番号を記入してください。

**予 防 接 種 予 診 票  
 交 付 ・ 再 交 付 申 請 書**

下記により、予防接種予診票の( **交付** ・ 再交付 )を申請します。

記

必要な予診票の種類・回数に○をつけてください。

種類 (○で囲む)	1. B型肝炎 (1回・2回・3回)			
	2. ヒブ (1回・2回・3回・ <b>追加</b> )			
	3. 小児用肺炎球菌 (1回・2回・3回・ <b>追加</b> )			
	4. DPT-I PV 1期 (1回・2回・3回・ <b>追加</b> )			
	5. ポリオ (1回・2回・3回・追加)		11. BCG	
	6. 日本脳炎 1期 ( <b>1回</b> ・2回・追加)		12. 水痘 (初回・追加)	
	7. MR ( <b>1期</b> ・2期)		13. 子宮頸がん (1回・2回・3回)	
	8. DT 2期		14. 綴 (つづり) 一式	
	9. 日本脳炎 1期特例 (1回・2回・追加)			
	10. 日本脳炎 2期		15. その他 ( )	
接種対象者 氏名	フリガナ <b>ヨボウ ハナコ</b>	男 <b>男</b>	生年 月日	平成 <b>27</b> 年 <b>4</b> 月 <b>5</b> 日 ( <b>1</b> 歳 <b>5</b> か月 )
		<b>女</b>		
保護者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 氏名			
住所	中野区			
申請理由	<b>1</b> 転入のため ( <b>28</b> 年 <b>9</b> 月に <b>杉並区</b> から転入 ) 2. 紛失したため 3. その他 ( )			

予防接種を受けるお子さんの、  
 ・名前  
 ・フリガナ  
 ・生年月日  
 ・年齢  
 を記入してください。

申請者が保護者の場合は、「申請者と同じ」の口にチェックをしてください。住所・氏名を記入する必要はありません。

確認 1. 母子健康手帳 2. 住民票 3. その他( )

6か月  9か月  医名簿

サイン

職員記入欄なので、記入する必要はありません。