

# 記入例

中野区長 宛

年 月 日

【申請者】 住 所 中野区 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電 話 \_\_\_\_\_

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。

## (任意) MR (麻しん風しん) 予防接種 予診票交付申請書

下記のとおり、予防接種予診票交付の申請をします。

記

保護者のサイン	別紙の任意接種の説明文を読み、理解したうえで下記の予防接種を希望します		
	保護者のサイン		
希望する 予防接種 (○で囲む)	1. (任意) MR (麻しん風しん混合) ワクチン	1回目	2回目
	2. (任意) 麻しんワクチン	1回目	2回目
	3. (任意) 風しんワクチン	1回目	2回目
(注)対象年齢 2歳から19歳未満(定期MR2期対象者除く)			
接種対象者氏名	フリガナ -----	生年月日 年 月 日 ( 歳 か月)	
保護者氏名住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(氏名・住所の記入は不要) 氏名 _____ 対象者との続柄( ) 中野区 _____		
接種履歴	1. MR予防接種	I期 (未・済)	II期 (未・済)
	2. 麻しん予防接種	I期 (未・済)	II期 (未・済)
	3. 風しん予防接種	I期 (未・済)	II期 (未・済)
罹患歴	1. 麻しんにかかったことが	( ある ・ ない )	
	2. 風しんにかかったことが	( ある ・ ない )	

「任意接種」に関する説明を読み、理解した上で、保護者のサインをしてください。

必要な予診票の種類に○をつけてください。

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。

(母子健康手帳)

麻しんと風しんの予防接種を受けたかどうか、母子健康手帳などで確認して記入してください。麻しんや風しんにかかったことが明らか場合は、「ある」に○をつけてください

注意)

この申請書を提出する際に、母子健康手帳に記載されている予防接種記録のコピーを添付してください。予防接種履歴の確認のため、使用します。

職員確認欄      サイン