

中野区長 へ

【申請者】 住所 中野区 _____

 氏名 _____
 電話 (_____) _____

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

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・追加) 3. 小児用肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加) 4. DPT-IPV1期 [4種混合] (1回・2回・3回・追加) 5. BCG 6. 水痘 [水ぼうそう] (1回・2回) 7. MR [麻しん・風しん混合] (1期・2期) 8. DT2期 9. 日本脳炎1期 (1回・2回・追加) <input type="checkbox"/> 特例 10. 日本脳炎2期 <input type="checkbox"/> 特例 11. 子宮頸がん (1回・2回・3回) 12. ポリオ (1回・2回・3回・4回) 13. 綴 (つづり) 一式 14. その他 (_____)		
接種対象者 (お子さん) 氏名	フリガナ _____	生年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ (_____ 歳 _____ か月)
保護者 氏名 住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる 氏名 _____ 住所 _____		
申請理由	1 転入のため (_____ 年 _____ 月に _____ から転入) 2 紛失したため 3 その他 (_____)		