

発行申請書

必要な方

住 所	須崎市 山手町 1 番 7 号	電 話	0889-42-1280
氏 名	須崎 太郎	生年月日	昭和・平成・令和 28 年 4 月 10 日
理 由	<input checked="" type="radio"/> 紛失 <input type="radio"/> その他 (・予診票の差替え ・診察の結果中止 ・)		

必要な物に○をしてください。

1. 母子健康手帳()	2. 予防接種記録()	3. 予防接種済証()	
4. 予防接種手帳()	5. 予防接種予診票(<input checked="" type="radio"/>)	6. 風しんクーポン券()	

上の 3. 4. 5. 6 については、予防接種の種類、回数等を○で囲んでください。

定 期 予 防 接 種	
A 類疾病	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒブ (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加) ・小児用肺炎球菌 (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加) ・B 型肝炎 (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回) ・ロタウイルス (ロタリックス: 1 回 ・ 2 回) (ロタテック: 1 回 ・ 2 回 ・ 3 回) ・四種混合(DPT-IPV) 1 期 (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加) ・ポリオ (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加) ・BCG <input checked="" type="radio"/> 麻しん風しん混合 (1 期 ・ <input checked="" type="radio"/> 2 期) ・水痘 (1 回 ・ 2 回) <input checked="" type="radio"/> 日本脳炎 1 期 (1 回 ・ 2 回 ・ <input checked="" type="radio"/> 追加) <input checked="" type="radio"/> 日本脳炎 2 期 ・二種混合 (DT) 2 期 ・子宮頸がん (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回) ・風しんクーポン券 (抗体検査 ・ 予防接種 5 期)
B 類疾病	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者肺炎球菌 (1 回)

上記の理由により、発行をお願いします。

須崎市長 様

令和 2 年 10 月 1 日

申請者(保護者) 住所 須崎市山手町 1 番 7 号

氏名 須崎 花子

続柄 母

必ず認印を
 お願いします。

市記入欄	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の接種履歴の写し	対応者サイン()
------	---	-----------