

発行申請書

発行が必要な方

予診票等の発行が必要な方の情報を記載してください。

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	①紛失 ②その他 (<input type="checkbox"/> 予診票の差替え <input type="checkbox"/> 診察の結果中止 <input type="checkbox"/> その他理由:)		

発行が必要なものに○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 (○)	6. 風しんクーポン券 ()

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

定期予防接種	
A 類疾病	<input type="checkbox"/> ヒブ (1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 (1回 ・ 2回 ・ 3回)
	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 4種混合(DPT-IPV) (1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)
	<input type="checkbox"/> 5種混合(DPT-IPV-HIB) (1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)
	<input type="checkbox"/> BCG
	<input checked="" type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (1期 ・ 2期)
	<input type="checkbox"/> 水痘 (1回 ・ 2回)
	<input checked="" type="checkbox"/> 日本脳炎1期 (1回 ・ 2回 ・ 追加)
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎2期
	<input type="checkbox"/> 2種混合(DT) 2期
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(HPV) (1回 ・ 2回 ・ 3回)
	<input type="checkbox"/> 風しんクーポン券 (抗体検査 ・ 予防接種5期)
B 類疾病	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌

予防接種予診票の発行を希望される方は、母子健康手帳にある『予防接種記録』のコピーを添付書類として提出してください。

上記の理由により、発行をお願いします。

須崎市長 様

令和 5 年 10 月 1 日

申請者のご住所に、後日
予診票をお送りします。

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

市記入欄 予防接種記録の写し(母子健康手帳) 対応者サイン()