

## 予診票交付申請書

柏市長 あて

〒

住所

申請者 氏名

続柄 ( )

電話

下記のとおり、予診票等の必要書類の交付をお願いいたします。

接種を希望 する方 (1人目)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			(満 歳 ヶ月)
	定期 予防接種	<input type="checkbox"/> ロタウイルス (1・2・3) <input type="checkbox"/> MR (1・2) <input type="checkbox"/> ヒブ (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 水痘 (1・2) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1・2・3) <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 5種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 4種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 3種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 2種混合 <input type="checkbox"/> HPV (1・2・3) (キャッチアップ 1・2・3) <input type="checkbox"/> 日脳 (1期1・2・追加) (2期) (特例 1・2・3・4)		
接種を希望 する方 (2人目)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			(満 歳 ヶ月)
	定期 予防接種	<input type="checkbox"/> ロタウイルス (1・2・3) <input type="checkbox"/> MR (1・2) <input type="checkbox"/> ヒブ (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 水痘 (1・2) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1・2・3) <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 5種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 4種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 3種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 2種混合 <input type="checkbox"/> HPV (1・2・3) (キャッチアップ 1・2・3) <input type="checkbox"/> 日脳 (1期1・2・追加) (2期) (特例 1・2・3・4)		
接種を希望 する方 (3人目)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			(満 歳 ヶ月)
	定期 予防接種	<input type="checkbox"/> ロタウイルス (1・2・3) <input type="checkbox"/> MR (1・2) <input type="checkbox"/> ヒブ (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 水痘 (1・2) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1・2・3) <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 5種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 4種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 3種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 2種混合 <input type="checkbox"/> HPV (1・2・3) (キャッチアップ 1・2・3) <input type="checkbox"/> 日脳 (1期1・2・追加) (2期) (特例 1・2・3・4)		

※以下、交付担当職員記入欄

- 住民登録確認                      接種対象年齢確認
- 接種履歴確認 (母子手帳・健康かるて)
- 交付予診票確認

交付年月日：            年            月            日

交付場所   ： 健康増進課・本庁・駅前・沼南

対応者       ：

担当課処理欄