**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  （満　　歳　　ヶ月） |
| 氏名 |  |
| 定期  予防接種 | □ロタウイルス（１・２・３）　　　　□ＭＲ（１・２）  □ヒブ（１・２・３・追加）　　　　　□水痘（１・２）  □小児用肺炎球菌（１・２・３・追加）□ＢＣＧ  □Ｂ型肝炎（１・２・３）　　　　　　□不活化ポリオ（１・２・３・追加）  □５種混合（１・２・３・追加）　　　□４種混合（１・２・３・追加）  □３種混合（１・２・３・追加）　　　□２種混合  □ＨＰＶ（１・２・３）（キャッチアップ　１・２・３）  □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  （満　　歳　　ヶ月） |
| 氏名 |  |
| 定期  予防接種 | □ロタウイルス（１・２・３）　　　　□ＭＲ（１・２）  □ヒブ（１・２・３・追加）　　　　　□水痘（１・２）  □小児用肺炎球菌（１・２・３・追加）□ＢＣＧ  □Ｂ型肝炎（１・２・３）　　　　　　□不活化ポリオ（１・２・３・追加）  □５種混合（１・２・３・追加）　　　□４種混合（１・２・３・追加）  □３種混合（１・２・３・追加）　　　□２種混合  □ＨＰＶ（１・２・３）（キャッチアップ　１・２・３）  □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  （満　　歳　　ヶ月） |
| 氏名 |  |
| 定期  予防接種 | □ロタウイルス（１・２・３）　　　　□ＭＲ（１・２）  □ヒブ（１・２・３・追加）　　　　　□水痘（１・２）  □小児用肺炎球菌（１・２・３・追加）□ＢＣＧ  □Ｂ型肝炎（１・２・３）　　　　　　□不活化ポリオ（１・２・３・追加）  □５種混合（１・２・３・追加）　　　□４種混合（１・２・３・追加）  □３種混合（１・２・３・追加）　　　□２種混合  □ＨＰＶ（１・２・３）（キャッチアップ　１・２・３）  □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

担当課処理欄

　□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　　：