

予防接種予診票 再発行申請書

島原市長 様

申請者氏名 _____

被接種者との続柄 (_____)

住 所 _____

電話番号 _____

下記の者に対する予防接種予診票の再発行を申請します。

(ふりがな) 被接種者氏名	
生年月日	
性 別	・ 男 ・ 女 (※該当に○を記入)
住 所	
電話番号	
申請理由	
再発行を希望する 予防接種 (※該当に○を記入)	<ul style="list-style-type: none"> ・ ロタウイルス (・ 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ Hib (・ 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 追加) ・ 肺炎球菌 (・ 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 追加) ・ 五種混合 (・ 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 追加) ・ BCG ・ 二種混合第 2 期 ・ 日本脳炎 (・ 1 回目 ・ 2 回目 ・ 追加 ・ 第 2 期) ・ 麻しん ・ 風しん ・ MR [麻しん風しん混合] (・ 1 期 ・ 2 期) ・ 子宮頸がん (・ 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 水痘 (・ 1 回目 ・ 2 回目) ・ B 型肝炎 (・ 1 回目 ・ 2 回目 ・ 追加) ・ RS ウイルス感染症 ・ その他 (_____)

<市役所欄>

受付日	母子健康手帳・接種済証の確認	予防接種台帳での対象者確認
年 月 日		

※上記の確認において、被接種者が再発行を希望する予防接種において未接種であることを
(未確認 ・ 確認) しました。

※再発行後は、再発行台帳に記入をお願いします。

確認・発行者	
--------	--