

熊本県広域化予防接種申込書

令和 年 月 日

熊本市長 様

申請者（保護者）

申請者住所 熊本市 区
(電話)

ふりがな 被接種者名			
生年月日	平成・令和 年 月 日		
予防接種名	☐ B型肝炎 ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ ロタリックス ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ ロタテック ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ ヒブ感染症初回 ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ ヒブ感染症追加 ☐ 小児の肺炎球菌感染症初回 ☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目 ☐ 小児の肺炎球菌感染症追加 ☐ B C G	☐ 四種混合 1 期初回 ☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 3 回目 ☐ 四種混合 1 期追加 ☐ 二種混合 2 期 ☐ 麻しん・風しん 1 期 ☐ 麻しん・風しん 2 期 ☐ 日本脳炎 1 期初回 ☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 日本脳炎 1 期追加 ☐ 日本脳炎 2 期	☐ ヒトパピローマウイルス感染症 ☐ 1 回目 ☐ 2 回目 ☐ 3 回目 ☐ 水痘 ☐ 初回 ☐ 追加 ☐ その他 ()
接種希望市町村 及び医療機関名	市 町 村		
連絡先住所 (現住所と異なる 場合のみ記載)	〒 (様方) 電話 ()		
熊本市で接種 できない理由	1. かかりつけ医での接種 2. 養護学校入所 3. 校区外就学 4. 里帰り出産 5. 実家帰省 6. 保護者都合 () 7. その他 ()		

熊本市使用欄

発行番号 _____

受付場所	
感染症・中央・東・西・南・北	
令和 年 月 日	
受付者	発行者
発行(郵送)日 令和 年 月 日	