

下記を参考に、申込書を御記入のうえ、御返送下さい（FAX可）。
後日、予防接種予診票を郵送いたします。

連絡・送付先：〒862-0971 熊本市中央区大江5丁目1番1号
熊本市保健所 感染症対策課 予防接種班
電話番号：(096) 364-3189 FAX番号：(096) 371-5172

【記入例】

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） 熊 本 良 子

申請者住所 熊本市〇区 →住民票の住所
(電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)

ふりがな 被接種者名	くまもと はなこ 熊 本 花 子			ふりがなを忘れずに
生年月日	平成 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇日			
予防接種名	<input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input checked="" type="checkbox"/> ロタリックス <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> ロタテック <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input checked="" type="checkbox"/> ヒブ感染症初回 <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> ヒブ感染症追加 <input checked="" type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症初回 <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症追加 <input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 四種混合1期初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 四種混合1期追加 <input type="checkbox"/> 二種混合2期 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん1期 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん2期 <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期追加 <input type="checkbox"/> 日本脳炎2期	<input type="checkbox"/> ヒトパピローウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> その他 ()	
接種希望市町村 及び医療機関名	〇〇 市 町 〇〇クリニック 村			
連絡先住所 (現住所と異なる 場合のみ記載)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇丁目〇-〇〇 (〇〇 様方) 電話 (〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)			
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 ()			