

下記を参考にご記入の上、ご返送ください(FAX・メール可)

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 感染症予防課 予防接種班  
電話番号：(096) 364-3189 FAX 番号：(096) 371-5172  
メール：kansenshouyobou@city.kumamoto.lg.jp

### 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 ○○区 (←住民票の住所)  
(電話番号 ○○○○○○ )

被接種者住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者（保護者）と同じ 熊本市 区		
ふりがな 被接種者名	くまもと はなこ 熊本 花子		性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女
生年月日	平成・ <input checked="" type="radio"/> 令和 ○年 ○月 ○日		
予防接種名	<input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input checked="" type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 (ロタリックス) <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 (ロタテック) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> ヒブ感染症初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input 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 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 checked="" type="checkbox"/> 五種混合1期初回 <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 五種混合1期追加 <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"/> 三種混合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"/> 三種混合1期追加 <input type="checkbox"/> 二種混合2期 <input type="checkbox"/> ポリオ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"/> ポリオ1期追加	<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"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> ヒトパピローウイルス感染症 (子宮頸がん) <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
接種希望 医療機関名	所在地	○○市○○町○丁目○-○ (←接種する医療機関の住所)	
	名称	○○クリニック	
送付先住所 ※申請者住所以外へ 郵送希望の場合のみ	〒	( 様方) 電話 ( )	
熊本市で接種 できない理由	1. <input checked="" type="radio"/> 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 ( )		