**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　　　　　　　　　　　　　　　)

熊本市使用欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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  □ＢＣＧ | □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  □五種混合1期初回  □1回目 □2回目 □3回目  □五種混合 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  □水痘  □初回　 □追加  □ﾋﾄﾊﾟﾋﾟﾛｰﾏｳｲﾙｽ感染症  　　　(子宮頸がん)  □1回目 □2回目 □3回目 |
| 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（　　　　　　　　　　　） | | |

|  |
| --- |
| 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 |

　　　発行番号　　　　　　―