

下記を参考にご記入の上、ご返送ください(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 感染症予防課 予防接種班
電話番号：(096) 364-3189 FAX番号：(096) 371-5172

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 〇〇区 →住民票の住所
(電話番号〇〇〇)

市外の医療機関において予防接種を受けたいので、予診票の発行を申請します。

被接種者住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者(保護者)と同じ 熊本市 中央・東・西 区 南・北 区		
ふりがな	<u>くまもと はなこ</u>		性別
被接種者名	<u>熊本 花子</u>		男・ <u>女</u>
生年月日	昭和・平成・令和 <u>〇〇</u> 年 <u>〇</u> 月 <u>〇</u> 日 (年齢 満 <u>〇</u> 歳 <u>〇</u> か月)		
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 type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症追加 <input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 五種混合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"/> 五種混合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 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症
接種希望医療機関名	<u>〇〇</u> 市町村	(医療機関名) <u>〇〇クリニック</u>	接種できる医療機関は決められています。事前に感染症予防課にお問い合わせください。
送付先 ※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. 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】

受付場所【感染症・中央・東・西・南・北】

発行番号 — R —

受付日【令和 年 月 日】			
受付者		発行者	
発行(郵送)日 令和 年 月 日			