

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 ○○○○○○)

ふりがな 被接種者名	くまもと はなこ 熊本 花子		
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 ☐ 水痘 ☐ 初回 ☐ 追加 ☐ 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 ☐ 3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 (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 ○○クリニック		
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 ()		

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。