

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 _____

(電話番号 _____)

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 type="checkbox"/> 申請者（保護者）と同じ 熊本市 中央・東・西 区 南・北		
ふりがな			性別
被接種者名			男・女
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (年齢 満 歳 か月)		
予防接種名	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 (ロタリックス) <input 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	市町村	(医療機関名)	
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】
受付日【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 _____ — R — _____