

予防接種予診票交付申請書

令和 年 月 日

つくば市長 宛て

以下のとおり、予防接種予診票の交付について申請します。

| | |
|-----------------------------|--|
| 申請理由 | <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> その他() |
| 確認事項 ※ご確認の上、□に✓をご記入ください。 | <input type="checkbox"/> つくば市の予防接種予診票は、接種日時点でつくば市に住民登録がある方のみお使いいただけます。 <input type="checkbox"/> 協力医療機関以外で接種する場合は、別途事前申請が必要です。 |

| | | | | |
|-----|------|---|----------|------------------|
| 申請者 | フリガナ | | 被接種者との続柄 | 本人・母・父 その他() |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | メールアドレス | |

| | | | | | | |
|------|------|--|------|-------|----|---|
| 被接種者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| | 氏名 | | | | | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ(違う場合は下に記入) | | | 年齢 | 歳 |

| 予防接種の種類 | ▼接種済みの予防接種に✓を付けてください。 | | | | | 交付枚数 |
|---------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--|------|
| | □タリックス | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | | | |
| □タテック | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 | | | 枚 |
| B型肝炎 | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 | | | 枚 |
| 小児用肺炎球菌 | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 | <input type="checkbox"/> 追加 | | 枚 |
| 五種混合(ヒブ+四種混合) | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 | <input type="checkbox"/> 追加 | | 枚 |
| ヒブ | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 | <input type="checkbox"/> 追加 | | 枚 |
| 四種混合 | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 | <input type="checkbox"/> 追加 | | 枚 |
| 三種混合 | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 | <input type="checkbox"/> 追加 | | 枚 |
| 不活化ポリオ | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 | <input type="checkbox"/> 追加 | | 枚 |
| 生ポリオ | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | | | | 枚 |
| BCG | <input type="checkbox"/> 1回目 | | | | | 枚 |
| 麻しん風しん(MR) | <input type="checkbox"/> 1期 | <input type="checkbox"/> 2期 | | | | 枚 |
| 水痘 | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | | | | 枚 |
| おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> 1回目 | | | | | 枚 |
| 日本脳炎 | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 追加 | <input type="checkbox"/> 2期 | | 枚 |
| 二種混合 | <input type="checkbox"/> 1回目 | | | | | 枚 |
| ヒトパピローマウイルス | <input type="checkbox"/> 1回目 | <input type="checkbox"/> 2回目 | <input type="checkbox"/> 3回目 | (価) | | 枚 |

■事務処理欄■

| 受付 | 受付者 | 確認者 | 接種履歴の確認 | 被接種者宛名番号 | 発送日 | 発送者 |
|------------------|-----|-----|--|----------|-----|-----|
| 庁・桜・谷・大 郵送・電子 | | | <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他 | | | |