

予防接種予診票再発行申請書

(あて先) 松江市長

申請者住所 松江市

申請者氏名

下記のとおり（予防接種予診票・予防接種手帳）の再発行を申請します。

記

予防接種種別等 (必要なものに○ 印をしてください)	ロ タ：1回目・2回目・3回目 B 型 肝 炎：1回目・2回目・3回目 B C G：1回 ヒ ブ：初回1回目・2回目・3回目・追加 小 児 肺 炎 球 菌：初回1回目・2回目・3回目・追加 五 種 混 合：1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加 四 種 混 合：1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加 三 種 混 合：1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加 ポ リ オ：初回1回目・2回目・3回目・追加 二種混合（DT）：2期 水 痘：1回目・2回目 麻しん風しん混合（MR）：1期 ・2期 日 本 脳 炎：1期初回1回目・2回目・1期追加・2期 子宮頸がん（HPV）：1回目・2回目・3回目
	ふりがな 対象者氏名
生年月日	昭・平・令 年 月 日生 (歳 か月)
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 松江市
保護者氏名 (18歳未満の人のみ)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (続柄)
電話番号 (日中連絡がつく番号)	
申 請 理 由	・紛失のため ・転入のため ・その他 ()
同時申請	<input type="checkbox"/> 母子手帳が海外のものであるため、予防接種記録発行を希望する
備 考	

確認内容	住所	ワクチン種別・接種履歴	対象年齢・学年	対応者	確認者	受付印
確認先	住民基本台帳	母子手帳・健康かるてシステム	一覧表	サイン	サイン	
チェック						