

申請日 令和 年 月 日

善通寺市長 様

申請者住所

氏名

(被接種者との関係： )

連絡先( )

### 予防接種予診票交付・再交付申請書

標記について、下記のとおり、予防接種予診票の交付・再交付を申請します。

#### 1.被接種者

(ふりがな) 氏名	
生年月日	
現住所	
送付先の住所 (上記と同様であれば同上で記載)	
電話番号 (昼間の連絡先)	
再発行を希望する 予防接種	<input type="checkbox"/> ロタウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん(MR) <input type="checkbox"/> B 型肝炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 小児の肺球菌感染症 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 五種混合 <input checkbox"="" type="checkbox/&gt;( )&lt;br/&gt;&lt;input type="/> Hib 感染症 <input type="checkbox"/> BCG

#### 2.添付書類

(1)予防接種歴が確認できる書類(母子手帳の出生証明書欄及び予防接種記載欄)