

# 予防接種予診票交付願(窓口・郵送)

以下のとおり交付を希望いたします。  
深谷市長宛て

以下のとおり交付を希望いたします。  
また、予防接種業務においてのみ、個人情報等を利用することに同意いたします。

申請日	R	3年	1月	1日
-----	---	----	----	----

※郵送の場合には、母子健康手帳の予防接種の記録欄のコピーを添付してください。

フリガナ	フカヤ ハナコ
------	---------

申請者氏名	深谷 花子
-------	-------

児との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> その他( )
-------	---------------------------------------	----------------------------	---------------------------------

フリガナ	フカヤ タロウ
------	---------

生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成	28年	4月	2日
	<input type="checkbox"/> 令和			

児氏名	深谷 太郎
-----	-------

(年齢)	5歳	か月
------	----	----

住所	深谷市 本住町17-1
----	----------------

電話番号	048-575-1101
------	--------------

交付理由	<input type="checkbox"/> 転入のため (転入日 年 月 日)	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失のため	<input type="checkbox"/> その他( )
------	--	---	---------------------------------

交付を希望する予診票に☑をしてください	<b>【乳幼児】</b>	<input type="checkbox"/> ロタ(1回目)	<input type="checkbox"/> BCG
	<input type="checkbox"/> ロタ(2回目)	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(第1期)	
<input type="checkbox"/> ロタ(3回目) <small>※ロタリックスの場合は不要</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(第2期)		
<input type="checkbox"/> B型肝炎(1回目)	<input type="checkbox"/> 水痘(1回目)		
<input type="checkbox"/> B型肝炎(2回目)	<input type="checkbox"/> 水痘(2回目)		
<input type="checkbox"/> B型肝炎(3回目)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎(1回目)		
<input type="checkbox"/> ヒブ(1回目)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎(2回目)		
<input type="checkbox"/> ヒブ(2回目)	<input checked="" type="checkbox"/> 日本脳炎(追加)		
<input type="checkbox"/> ヒブ(3回目)			
<input type="checkbox"/> ヒブ(追加)			
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(1回目)			
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(2回目)			
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(3回目)			
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(追加)			
<input type="checkbox"/> 4種混合(1回目)			
<input type="checkbox"/> 4種混合(2回目)			
<input type="checkbox"/> 4種混合(3回目)			
<input type="checkbox"/> 4種混合(追加)			
	<b>【学童期】</b>		
	<input type="checkbox"/> 第2期日本脳炎		
	<input type="checkbox"/> 二種混合		
	<input type="checkbox"/> 特例日本脳炎(1回目)	<input type="checkbox"/> 準特①	
	<input type="checkbox"/> 特例日本脳炎(2回目)	<input type="checkbox"/> 準特②	
	<input type="checkbox"/> 特例日本脳炎(3回目)	<input type="checkbox"/> 準特③	
	<input type="checkbox"/> 特例日本脳炎(4回目)		
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(1回目)		
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(2回目)		
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん(3回目)		

※交付する予診票が不明な場合は、☑をせずに送付可能です。(保健センターで確認します。)

【郵送先】 〒366-0823 深谷市本住町17-1 深谷市保健センター 宛
--

※ 受理者記入欄  
・母子健康手帳で履歴を確認  
・学童期の予診票については渡してください。

(写し)	受理者	担当者処理欄 かるて登録
------	-----	-----------------