

# 予防接種予診票交付願(窓口・郵送)

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	6年	1月	1日
-----	---	----	----	----

フリガナ	フカヤ ハナコ
------	---------

申請者氏名	深谷 花子
-------	-------

関係  本人  母  父  
 その他( )

フリガナ	フカヤ タロウ
------	---------

生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 30年 4月 2日 <input type="checkbox"/> 令和
------	--

氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 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"/> ヒブ(1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。)
	<input type="checkbox"/> ロタ(2回目)	<input type="checkbox"/> ヒブ(2回目)		
	<input type="checkbox"/> ロタ(3回目) <small>※ロタリックスの場合は不要</small>	<input type="checkbox"/> ヒブ(3回目)		
	<input type="checkbox"/> B型肝炎(1回目)	<input type="checkbox"/> ヒブ(追加)		
	<input type="checkbox"/> B型肝炎(2回目)	<input type="checkbox"/> BCG		
	<input type="checkbox"/> B型肝炎(3回目)	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(第1期)		
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(1回目)	<input checked="" type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(第2期)		
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(2回目)	<input type="checkbox"/> 水痘(1回目)		
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(3回目)	<input type="checkbox"/> 水痘(2回目)		
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌(追加)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎(1回目)		
	<input type="checkbox"/> 5種混合(1回目)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎(2回目)		
	<input type="checkbox"/> 5種混合(2回目)	<input checked="" type="checkbox"/> 日本脳炎(追加)		
	<input type="checkbox"/> 5種混合(3回目)			
	<input type="checkbox"/> 5種混合(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>【成人】</b>	<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌	
		<b>【学童期以降】</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"/> 特例日本脳炎(2回目)			
	<input type="checkbox"/> 特例日本脳炎(3回目)			
	<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)			

**【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してください。

・学童期の予診票については、対象学年を過ぎているお子さんのみの  
渡してください。

考

(写し)	受 理 者
------	-------------

担当者処理欄  
かると登録

--