

受付担当	
------	--

令和2年度定期予防接種申込書

★下記の太枠内を記入してください。該当する項目を選択してください。

申込日	令和 年 月 日
住所	〒 北茨城市
電話	
フリガナ	
子どもの氏名	(男 ・ 女)
生年月日	年 月 日 (歳 か月)
フリガナ	
保護者氏名	
申請理由	転入・紛失・その他 ()

★該当する項目を選択してください。

再発行を希望する予防接種の種類 (○印をつけてください)	1	ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加)
	2	小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加)
	3	B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)
	4	四種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)
	5	三種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)
	6	二種混合
	7	不活化ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加)
	8	BCG
	9	麻しん・風しん混合 (MR) (1期・2期)
	10	水痘 (1回目・2回目)
	11	日本脳炎 (1回目・2回目・追加・2期)
	12	子宮頸がん (HPV) (1回目・2回目・3回目)
	13	ロタ (1回目・2回目・3回目)
	14	再発行できる予防接種予診票全て希望する

※必ず、以下のものを添付してください。

- ・母子健康手帳のお子様の名前がわかるページのコピー
- ・母子健康手帳の予防接種のページ全てのコピー

★あて先：〒319-1592 茨城県北茨城市磯原町磯原1630番地 北茨城市役所健康づくり支援課

★問合先：北茨城市健康づくり支援課 ☎0293-43-1111 FAX0293-43-0831