

令和6年4月以降

予防接種シール交付願

令和 年 月 日

(宛先) 静岡市保健所長

(太枠内に記入してください)

申請者	住所			
	電話			
	氏名			被接種者との 続柄
被接種者	住所	(申請者と同じ場合は記入不要)		
	フリガナ			性別 男・女
	氏名			
	生年月日	令和 平成	年 月 日	年齢 歳 か月
保護者 <small>(申請者と同じ場合は記入不要)</small>	氏名			被接種者との 続柄
予防接種の種類 (発行希望の種類に☑、回数に○をつける)	<input type="checkbox"/> 五種混合 (1回目 2回目 3回目 追加)		<input type="checkbox"/> 水痘 (1回目 2回目)	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (1回目 2回目 3回目 追加)		<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合 (1期 2期)	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 (1回目 2回目 3回目)		<input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1回目 2回目 追加 2期)	
	<input type="checkbox"/> ロタ (1回目 2回目 3回目)		<input type="checkbox"/> ヒブ (1回目 2回目 3回目 追加)	
	<input type="checkbox"/> BCG		<input type="checkbox"/> 四種混合1期 (1回目 2回目 3回目 追加)	
	<input type="checkbox"/> 二種混合2期			
添付資料	母子健康手帳の1ページ目と、予防接種の記録のページ(未接種のページも含む)の写し			
(担当者使用欄) ロタの発行希望がある場合、週齢を確認 生後 週 日 (令和 年 月 日現在)			窓口受付 担当者	

受付印

担当 〒420-0846
静岡市葵区城東町24番1号
静岡市保健所 感染症対策課 予防接種係
電話 054-249-3173