

# 予防接種依頼書再発行申請書

処理者

※再発行を希望するものを○で囲んでください。

B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
ヒブ (Hib)	初回1回目 ・ 初回2回目 ・ 初回3回目 ・ 追加
小児用肺炎球菌	初回1回目 ・ 初回2回目 ・ 初回3回目 ・ 追加
四種混合 (DPT-IPV)	初回1回目 ・ 初回2回目 ・ 初回3回目 ・ 追加
三種混合 (DPT)	初回1回目 ・ 初回2回目 ・ 初回3回目 ・ 追加
ポリオ (IPV)	初回1回目 ・ 初回2回目 ・ 初回3回目 ・ 追加
水痘	1回目 ・ 2回目
BCG	
麻しん風しん混合 (MR)	I期 ・ II期
日本脳炎	I期 ( 初回1回目 ・ 初回2回目 ・ 追加 ) ・ II期
二種混合 (DT)	
子宮頸がん	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目

白浜町長 様

下記の者について、上記予防接種依頼書の再発行を申請します。

年 月 日

接種者名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

【申請者】

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

接種者との続柄 母・父・その他 ( )