

予防接種依頼書再発行申請書

※再発行を希望するものを○で囲んでください。

| | |
|-------------------|------------------------------|
| ロタウイルス | 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 |
| 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 |
| 五種混合（DPT-IPV-Hib） | 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 |
| おたふく | 1回目 ・ 2回目 |
| その他（ ） | |

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 _____

住 所 _____

電話番号 _____

接種者との続柄 母・父・その他（ ）