

予防接種予診票交付申請書

住 所	昭島市	転入年月日
保護者氏名		平成 年 月 日
電 話	続柄 ()	お子さまの予防接種のことが連絡できる方の電話番号をお書きください。

*母子手帳等を参考にお子さんがこれまで受けた予防接種の接種日を記入してください。

お子さんの名前		①	②	③
お子さんの生年月日		平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
以前昭島市に住んでいたことがありますか		ある・ない	ある・ない	ある・ない
ヒブ	1回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	2回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	3回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	追加	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
小児用肺炎球菌	1回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	2回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	3回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	追加	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
B型肝炎	1回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	2回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	3回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
四種混合	1回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	2回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	3回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	追加	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日

お子さんの名前		①	②	③
BCG		平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
水痘	1回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	2回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
麻しん風しん混合(MR)	1期	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	2期	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
日本脳炎I期	1回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	2回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	追加	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
三種混合I期	1回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	2回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	3回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	追加	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
不活化ポリオ[注射]	1回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	2回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	3回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	追加	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
生ポリオ[経口]	1回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	2回目	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
麻しん(単体)		平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
風しん(単体)		平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日

↓ 市役所記入欄 ↓ (右側もご記入ください)

予防接種手帳番号			
窓受・郵受(/)	窓渡・送付(/)	入力(/)	受付サイン

《送り先》 〒196-0015
昭島市昭和町4-7-1 「保健福祉センター」