

記載例

予防接種シール交付願

申請日を記入

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(あて先) 静岡市保健所長

(太枠内に記入してください)

この書類を記入する人 (親)

申請者

住所 静岡市〇〇区××××××××

携帯電話可

電話 ×××-××××-××××

氏名 静岡 父朗

被接種者との続柄

父

接種を受ける人 (子)

住所

申請者と同じ場合は記入不要

フリガナ シスオカ イチロー

氏名 静岡 一郎

性別

男 ・ 女

生年月日

令和 〇〇年 ◆◆月
平成

申請者と同じ場合は記入不要

歳 ×か月

保護者

氏名

被接種者との続柄

柄

- 五種混合
(1回目 2回目 3回目 追加)
- 小児用肺炎球菌

- 水痘
(1回目 2回目)
- 麻しん・風しん混合
(1期 2期)
- 日本脳炎
(1回目 2回目 追加 2期)
- ヒブ
(1回目 2回目 3回目 追加)
- 四種混合
(1回目 2回目 追加)

発行を希望する種類にレ点をし、回数があるものについては、回数に○をつけてください。

種類にレ点、○をつける)

- ロタ
(1回目 2回目 3回目)
- BCG
- 二種混合 2期

添付資料

母子健康手帳の1ページ目(含む)の写し

網掛けの予防接種は、9歳以上で接種するもので、出生時にお渡しする一括シールには含まれません。

(担当者使用欄) ロタの発行希望がある場合、年齢を確認

窓口受付

生後 週 日 (令和 年 月 日現在)

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
TEL 054-249-3173