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）

携帯電話可

接種を受ける人（子）

申請者と同じ場合は記入不要

申請者と同じ場合は記入不要

申　請　者	住　　所	静岡市〇〇区××××××××		
	電　　話	×××-××××-××××		
	氏　　名	静岡　父朗	被接種者との続柄	父
被　接　種　者	住　　所			
	フリガナ	シズオカ　イチロー		
	氏　　名	静岡　一朗	性別	㊚　・　女
	生年月日	令和 平成　〇〇年　◆◆月		歳　×か月
保　護　者	氏　　名		被接種者との続柄	
種類に☑、○をつける）	□五種混合 （１回目　２回目　３回目　追加） □小児用肺炎球菌 目　追加） （１回目　２回目　３回目） □ロタ （１回目　２回目　３回目） □ＢＣＧ □二種混合２期	□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）		
添付資料	母子健康手帳の１ページ目 含む）の写し			

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、回数に〇をつけてください。

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、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