

県内乗り入れ申請書

受付日	ふりがな		生年月日	平・令 年 月 日
	接種する人の 名前		電話番号	(歳 ヶ月) () -
住所	沼津市			
接種する 病院名	病院所在地 市・町			
種類 (○をして ください)	●口タ (1・2・3)		●ヒブ (1・2・3・追加)	
	●小児肺炎球菌 (1・2・3・追加)		●B型肝炎 (1・2・3)	
	●4種混合 (1・2・3・追加)		●BCG	
	●水痘 (1・2)		●MR (1期・2期)	
	●日本脳炎 (1・2・追加・2期)		●2種混合	
	●子宮頸がん (1・2・3)		●ポリオ (1・2・3・追加)	
(続柄)				
申請者自署 _____				

《行政担当者記入欄》

発券番号				
健管番号		受付者 (カウンター)		発行者
確認事項	<input type="checkbox"/> 被接種者名、生年月日、住所、接種履歴(住基・母子健康手帳の予防接種のページ)を確認			
	<input type="checkbox"/> 申請者との続柄を住基、または身分証明書等で確認			
	<input type="checkbox"/> 県内乗り入れ対象の医療機関なのか			
	<input type="checkbox"/> 対象の予診票を渡したか			
受け取り 方法	郵送 / 窓口			