

予防接種予診票交付申請書
(予診票の申し込み)

年 月 日

松戸市長あて

申請者	住所 松戸市
	氏名
	接種を受ける人との続柄 ()
	電話番号

予診票等の必要書類の申請をします。

申請方法▶

下記担当課の窓口または郵送

(各支所の市民健康相談室での受け取りや申請はできません。)

郵送の場合▶

①～③を同封し、下記担当課まで郵送。

①申請書(この用紙) ②母子健康手帳等の予防接種記録(コピー)

③長形3号の返信用封筒(送付先住所・氏名を記入、切手※貼付)

※予防接種1回分:84円 2～4回分:94円 5～9回分:140円

(切手が不足している場合は、受取人払いとさせていただきます。)

希望の予防接種または回数に○をつけてください。

ふりがな		生年月日	年 月 日	予防接種番号
氏名			(満 歳 ヶ月)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
・ロタ(1・2・3)・ヒブ(1・2・3・追加) ・小児用肺炎球菌(1・2・3・追加)・B型肝炎(1・2・3) ・4種混合(1・2・3・追加) ・5種混合(1・2・3・追加) ・MR(1・2) ・水痘(1・2) ・BCG ・日本脳炎第1期(1・2・追加) ・日本脳炎第2期 ・DT第2期 ・子宮頸がん(1・2・3) ・おたふくかぜ(1・2)				
ふりがな		生年月日	年 月 日	予防接種番号
氏名			(満 歳 ヶ月)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
・ロタ(1・2・3)・ヒブ(1・2・3・追加) ・小児用肺炎球菌(1・2・3・追加)・B型肝炎(1・2・3) ・4種混合(1・2・3・追加) ・5種混合(1・2・3・追加) ・MR(1・2) ・水痘(1・2) ・BCG ・日本脳炎第1期(1・2・追加) ・日本脳炎第2期 ・DT第2期 ・子宮頸がん(1・2・3) ・おたふくかぜ(1・2)				
ふりがな		生年月日	年 月 日	予防接種番号
氏名			(満 歳 ヶ月)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
・ロタ(1・2・3)・ヒブ(1・2・3・追加) ・小児用肺炎球菌(1・2・3・追加)・B型肝炎(1・2・3) ・4種混合(1・2・3・追加) ・5種混合(1・2・3・追加) ・MR(1・2) ・水痘(1・2) ・BCG ・日本脳炎第1期(1・2・追加) ・日本脳炎第2期 ・DT第2期 ・子宮頸がん(1・2・3) ・おたふくかぜ(1・2)				

※以下、交付担当職員記入欄

確認事項 : 住民登録 接種対象年齢 接種履歴

交付年月日: 年 月 日 窓口 郵送 予防接種番号発行

対応者 : ()

(送付先) 〒271-0072

松戸市竹ヶ花74-3 中央保健福祉センター内 予防衛生課

(電話) 047-366-7483