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 （　　歳　　ヶ月　　）
	接種する人の名前		電話番号	（　　）　　ー
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）	●ロタ（１・２・３） ●小児肺炎球菌（１・２・３・追加） ●５種混合（１・２・３・追加） ●４種混合（１・２・３・追加） ●水痘（１・２） ●日本脳炎（１・２・追加・２期） ●子宮頸がん（１・２・３）		●ヒブ（１・２・３・追加） ●Ｂ型肝炎（１・２・３） ●ＢＣＧ ●ＭＲ（１期・２期） ●２種混合 ●ポリオ（１・２・３・追加）	
申請者自署	（続柄）			

《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	☐　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
	☐　申請者との続柄を住基、または身分証明書等で確認
	☐　県内乗り入れ対象の医療機関なのか
	☐　対象の予診票を渡したか
受け取り方法	郵送　／　窓口