

風しん第5期の定期接種の
予診票交付申請書

申請日 令和 年 月 日

対象者氏名		
住所	大山崎町字	小字
生年月日	昭和	電話番号
(再)発行理由	<input type="checkbox"/> 転入 (転入日: /) <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()	
接種予定医療機関	名称 住所 電話番号	
<p>下記の(再)発行の条件に基づき、申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>大山崎町長 様</p> <p>申請者 <input type="checkbox"/>対象者と同一 (下記記載不要)</p> <p>氏名 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>電話 _____</p> <p>《(再)発行の条件》</p> <ul style="list-style-type: none"> 発行後、既に通知している予診票(前住所地で発行されたものを含む)が存在した場合は、古い予診票を返還してください。 予防接種は、1回のみとなります。万が一重複された場合、2回目以降は全額自己負担となります。ご注意ください。 		

※以下記入しないでください

- 宛名番号 _____
- S37.4.2生～S54.4.1生の男性
- 令和7年3月31日までに抗体検査実施済かつ値が一定以下
- 予防接種台帳 システム
- 転入日 (/)
- 平成26年4月1日以降に検査有無⇒検査有の場合、検査は不要
- クーポン券を利用して接種をしたことがないか

本人確認	発行者
免許証・パスポート 個人番号カード・社員証 健康保険資格者証・年金手帳 その他 ()	