

〇〇年 〇月 〇〇日

住 所 〒013-0044
横手市横山町1-1

氏 名 横手 花子

電話番号

対象者	フリガナ	ヨコテ タロウ	生年月日	○年○月○日	男・女
	氏名	横手 太郎			
住 所 (申請者と異なる 場合のみ記入)	〒				
今年度実施する 再接種の種類 ※○をつけて ください	B型肝炎 1 回目	五種混合 1 期初回 (1回目)	ヒトパピローマウイルス 2 回目		
	B型肝炎 2 回目	五種混合 1 期初回 (2回目)	ヒトパピローマウイルス 3 回目		
	B型肝炎 3 回目	五種混合 1 期初回 (3回目)	三種混合 1 期初回 (1 回目)		
	小児用肺炎球菌 1 回目	五種混合 1 期初回追加	三種混合 1 期初回 (2 回目)		
	小児用肺炎球菌 2 回目	B C G	三種混合 1 期初回 (3回目)		
	小児用肺炎球菌 3 回目	麻しん風しん混合 (MR) 1 期	三種混合 1 期追加		
	小児用肺炎球菌 追加	麻しん風しん混合 (MR) 2 期	麻しん 1 期		
	ヒブ (H i b) 感染症 1 回目	水痘 1 回目	麻しん 2 期		
	ヒブ (H i b) 感染症 2 回目	水痘 2 回目	風しん 1 期		
	ヒブ (H i b) 感染症 3 回目	日本脳炎 1 期初回 (1 回目)	風しん 2 期		
	ヒブ (H i b) 感染症 追加	日本脳炎 1 期初回 (2 回目)	不活化ポリオ 初回 (1 回目)		
	四種混合 1 期初回 (1 回目)	日本脳炎 1 期追加	不活化ポリオ 初回 (2 回目)		
	四種混合 1 期初回 (2 回目)	日本脳炎 2 期	不活化ポリオ 初回 (3 回目)		
	四種混合 1 期初回 (3 回目)	二種混合	不活化ポリオ 追加		
		四種混合 1 期追加	ヒトパピローマウイルス 1 回目		
特別の理由	1. 疾病名と再接種理由 (○○で○○手術を受けたため)				
	2. 再接種が可能となった時期		○○年	○月	○○日
	3. 再接種予定日		○○年	○月	○○日
再接種 医療機関	1. 医療機関名				
	医療機関名 ○○○○ 住 所 ○○○○				