

多治見市長あて

R 4 ヒトパピロームウイルス感染症予防接種予診票交付申請書

| | | |
|----------------------------|---|--|
| 接種を受ける方 | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | 平成 年 月 日 |
| | 令和4年度の学年等 | ※該当する学年等に○をつける 小6・中1・中2・中3・高1 平成9年度生まれ～平成17年度生まれ |
| | 住所 | 多治見市 |
| | | (建物名・部屋番号) |
| 昼間連絡が取れる電話番号 | | |
| 申請者(保護者)氏名 | | |
| 既に受けたヒトパピロームウイルス感染症予防接種の回数 | <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回(接種日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(接種日① 年 月 日・② 年 月 日) | |

《郵送先・お問い合わせ》〒507-8787 多治見市音羽町 1-233 TEL 0572-23-6187

多治見市保健センター母子保健グループ予防接種担当

----- 以下は市の処理欄ですので記入しないでください -----

| | | |
|--------|--------------------------|---------|
| 【受付日】 | 令和 年 月 日 | 【受付担当者】 |
| 【発送日】 | 令和 年 月 日 | |
| 予診票交付数 | 1 ・ 2 ・ 3 枚 | 受付番号 |
| 学年等 | 小6・中1・中2・中3・高1・キャッチアップ対象 | |