

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票兼接種券交付申請書

安 城 市 長

記入例

*太枠内をご記入ください。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

申請者 <small>(被接種者が16歳未満の場合、保護者)</small>	フリガナ氏名	アンジョウ ハナコ 安城 花子	続柄 (本人)
	現住所	〒 446 - 8501 安城市 桜 町 18番23号 電話 0566 - 76 - 1111	
被接種者 <small>(予防接種を受ける人)</small>	フリガナ氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	生年月日	● 年 ● 月 ● 日生	
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 安城市 町	
接種歴	※現在までの接種歴についてご記入ください。		
	<input type="checkbox"/> 未接種 <input checked="" type="checkbox"/> 1回接種済み (接種日 ● 年 ● 月 ● 日) <input type="checkbox"/> 2回接種済み (接種日 年 月 日)		

【注意事項】

- 母子健康手帳等を確認し、正しい接種状況を必ず確認した上でご申請ください。
- 安城市外の医療機関で接種を希望する方は、事前に別途手続きが必要となりますので、安城市保健センターにお問い合わせください。

<お問い合わせ先>

安城市保健センター

受付時間：平日の午前8時30分から午後5時15分まで

住 所：安城市横山町下毛賀知106番地1

電話番号：0566-76-1133

<保健センター処理欄>

受付日 _____
 受付者 _____
 交付日 _____
 宛名番号 _____

備考