

鹿児島市 予防接種不可者受診券

この受診券は接種不可者予診料の請求に必要な券です。

内は保護者の方に記入してもらってください。

(保護者記入欄)

住所	鹿児島市	丁目	番	号	
		町	番地	TEL(— —)
予診を受けた人の氏名				生年月日	
フリガナ					
氏名				年 月 日	
保護者氏名					

内は、医療機関で記入してください。

(医療機関記入欄)

接種不可予防接種名(該当に○をしてください。) 4種混合・不活化ポリオ・日本脳炎(1期・2期) 麻しん風しん混合(1期・2期)・BCG・2種混合(2期) ヒブ・小児用肺炎球菌・子宮頸がん・水痘・B型肝炎 その他() 接種不可理由	予診日 年 月 日 医療機関名及び予診医
--	-------------------------

鹿児島市 予防接種不可者受診券

この受診券は接種不可者予診料の請求に必要な券です。

内は保護者の方に記入してもらってください。

(保護者記入欄)

住所	鹿児島市	丁目	番	号	
		町	番地	TEL(— —)
予診を受けた人の氏名				生年月日	
フリガナ					
氏名				年 月 日	
保護者氏名					

内は、医療機関で記入してください。

(医療機関記入欄)

接種不可予防接種名(該当に○をしてください。) 4種混合・不活化ポリオ・日本脳炎(1期・2期) 麻しん風しん混合(1期・2期)・BCG・2種混合(2期) ヒブ・小児用肺炎球菌・子宮頸がん・水痘・B型肝炎 その他() 接種不可理由	予診日 年 月 日 医療機関名及び予診医
--	-------------------------

鹿児島市 予防接種不可者受診券

この受診券は接種不可者予診料の請求に必要な券です。

内は保護者の方に記入してもらってください。

(保護者記入欄)

住所	鹿児島市	丁目	番	号	
		町	番地	TEL(— —)
予診を受けた人の氏名				生年月日	
フリガナ					
氏名				年 月 日	
保護者氏名					

内は、医療機関で記入してください。

(医療機関記入欄)

接種不可予防接種名(該当に○をしてください。)	予診日
4種混合・3種混合・不活化ポリオ・日本脳炎(1期・2期)	年 月 日
麻しん風しん混合(1期・2期)・BCG(結核)・2種混合	医療機関名及び予診医
ヒブ・小児用肺炎球菌・子宮頸がん・水痘・B型肝炎	
その他()	
接種不可理由	

鹿児島市 予防接種不可者受診券

この受診券は接種不可者予診料の請求に必要な券です。

内は保護者の方に記入してもらってください。

(保護者記入欄)

住所	鹿児島市	丁目	番	号	
		町	番地	TEL(— —)
予診を受けた人の氏名				生年月日	
フリガナ					
氏名				年 月 日	
保護者氏名					

内は、医療機関で記入してください。

(医療機関記入欄)

接種不可予防接種名(該当に○をしてください。)	予診日
4種混合・3種混合・不活化ポリオ・日本脳炎(1期・2期)	年 月 日
麻しん風しん混合(1期・2期)・BCG(結核)・2種混合	医療機関名及び予診医
ヒブ・小児用肺炎球菌・子宮頸がん・水痘・B型肝炎	
その他()	
接種不可理由	