

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 フリガナ		生年月日		
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 令和 年 月 日
B型肝炎・ロタリックス・ロタテック・小児用肺炎球菌 ・ヒブ 5種混合・2種混合(2期)・BCG・RSウイルス 麻しん風しん混合(1期・2期)・水痘・日本脳炎(1期・2期) 子宮頸がん・不活化ポリオ その他() 接種不可理由	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 フリガナ		生年月日		
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 令和 年 月 日
B型肝炎・ロタリックス・ロタテック・小児用肺炎球菌 ・ヒブ 5種混合・2種混合(2期)・BCG・RSウイルス 麻しん風しん混合(1期・2期)・水痘・日本脳炎(1期・2期) 子宮頸がん・不活化ポリオ その他() 接種不可理由	医療機関名及び予診医