

平成 年 月 日

府中市長

麻疹風しん法定外予防接種申請書

麻疹風しん法定外予防接種を受けたいので、次のとおり申請します。

接種区分	<input type="checkbox"/> 2歳～定期2期対象前 <input type="checkbox"/> 小学1年生～6年生
接種者名	フリガナ
生年月日	年 月 日
保護者名	
住所	府中市
電話番号	

【確認事項】 ※下記2か所を確認の上チェックしてください。

麻疹にり患した（かかった）ことはありません。

風しんにり患した（かかった）ことはありません。

【市使用欄】 ※ここから下は記入しないでください。

※母子手帳の予防接種のページ（接種記録）確認

コピー添付で確認

窓口で確認

受付日		受付者	
発送日		【受付方法】	○印を記入してください。 窓口 郵送 FAX