

## HPVワクチン男性任意予防接種実施申請書（被災者）

江東区保健所長 殿

以下のとおり、HPVワクチン接種を希望します。

	申請年月日	令和	年	月	日
* 太枠の中は全て申請者をご記入ください。					
予防接種名	HPVワクチン				
フリガナ 対象者氏名					
対象者生年月日 該当学年	平成	年	月	日	中学校 高等学校
住民票上住所					
江東区内居所	江東区				
発送先住所	江東区 ・ 同上				
連絡先電話番号	( )				
フリガナ 保護者氏名					
保護者生年月日	昭和・平成	年	月	日	
接種希望回数	1回目 ( / 接種済 )	2回目 ( / 接種済 )	3回目		
備 考	被災者申請				

受付印

【健康推進課処理欄】

受付・発行	係 長	課 長

<記載例>

## HPVワクチン男性任意予防接種実施申請書（被災者）

江東区保健所長 殿

以下のとおり、HPVワクチン接種を希望します。

* 太枠の中は全て申請者をご記入ください。		申請年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
予防接種名	HPVワクチン		
フリガナ 対象者氏名	コウトウケンタ 江 東 健 太		
対象者生年月日 該当学年	平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日	<input checked="" type="radio"/> 中学校 <input type="radio"/> 高等学校	○ 年
住民票上住所	○○県 □□□市 △△△△町 ××番地		
江東区内居所	江東区 東陽 2 - 1 - 1 - ●●●●		
発送先住所	江東区	<input checked="" type="radio"/> 同上	
連絡先電話番号	03 ( 3647 ) 0000		
フリガナ 保護者氏名	コウトウタロウ 江 東 太 郎		
保護者生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	○ 年	○ 月 ○ 日
接種希望回数	<input checked="" type="radio"/> 1回目 ( / 接種済 )	<input type="radio"/> 2回目 ( / 接種済 )	<input type="radio"/> 3回目
備 考	被災者申請		

受付印
-----

【健康推進課処理欄】

受付・発行	係長	課長