

★里帰り先での予防接種について★

子供の名前	フリガナ 氏名	性別	男・女
生年月日	昭和・平成	年	月 日 生
住 所	中城村字		
希望する 予防接種	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒブワクチン 【1回目・2回目・3回目・追加】 ・小児用肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】 ・4種混合（DPT-IPV）【1回目・2回目・3回目・追加】 ・日本脳炎【1期初回1回目・2回目・1期追加・2期】 ・不活化ポリオ（IPV）【1回目・2回目・3回目・追加】 ・3種混合（DPT） 【1回目・2回目・3回目・追加】 ・MR【1期・2期】 ・BCG ・水痘（1回目・2回目） ・DT2期 ・B型肝炎【1回目・2回目・3回目】 		
保護者氏名			
連絡先			
滞在先住所			
滞在期間	平成 年 月 日頃～平成 年 月 日頃		
希望医療機関			
医療機関TEL			

- ・ 中城村に住民登録のある方について、窓口負担なしで接種ができるように接種希望医療機関と調整をします。
- ・ 村外の方が中城村へ里帰りする場合
→現在住所登録のある自治体へお問い合わせください。
- ・ 後日担当者からご連絡を致します。連絡先は必ず明記下さい。