**鹿児島市予防接種不可者受診券**

**（成人用肺炎球菌・インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症・帯状疱疹）**

この受診券は接種不可者予診料の請求に必要な券です。上記（　）内の該当する予防接種に〇をしてください。また、　 内は本人に記入してもらってください。

**（本人記入欄）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所　　鹿児島市　　　　　　　丁目　　　　　番　　　　　号　　（　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　町　　　　　　　番地　　　ＴＥＬ（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 予診を受  けた人の  氏　　名 | (ふりがな) | 生年月日  大正・昭和　　　年　　　月　　　日生 |
|  |

**(医療機関記入欄)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種不可理由 | 予　診　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**

**（成人用肺炎球菌・インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症・帯状疱疹）**

この受診券は接種不可者予診料の請求に必要な券です。上記（　）内の該当する予防接種に〇をしてください。また、　 内は本人に記入してもらってください。

**（本人記入欄）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所　　鹿児島市　　　　　　　丁目　　　　　番　　　　　号　　（　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　町　　　　　　　番地　　　ＴＥＬ（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 予診を受  けた人の  氏　　名 | (ふりがな) | 生年月日  大正・昭和　　　年　　　月　　　日生 |
|  |

**(医療機関記入欄)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種不可理由 | 予　診　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**

**（成人用肺炎球菌・インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症・帯状疱疹）**

この受診券は接種不可者予診料の請求に必要な券です。上記（　）内の該当する予防接種に〇をしてください。また、　 内は本人に記入してもらってください。

**（本人記入欄）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所　　鹿児島市　　　　　　　丁目　　　　　番　　　　　号　　（　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　町　　　　　　　番地　　　ＴＥＬ（　　　　　　　　　　　　） | | |
| 予診を受  けた人の  氏　　名 | (ふりがな) | 生年月日  大正・昭和　　　年　　　月　　　日生 |
|  |

**(医療機関記入欄)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種不可理由 | 予　診　日 |  |
| 医療機関名及び予診医 | |