様式第２号

北　見　市　予　防 接 種 券

№（　　－　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者名 | 　 | 性　別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日　　（　　　歳　　か月） |
| 住　 　所 | 　　電話番号（　　　　　　　　　　） |
| 有効期限 | この接種券は　　　　年　　　月　　日まで有効です。 |
| 対象となる予防接種 |  |
| 上記の者は、長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種に関する特例措置対象者該当理由書の提出に基づき、当該予防接種の対象であった間に予防接種を受けることができなかったと判断しましたので、有効期限までの間、当該予防接種の定期接種対象者と認めます。　　年　　月　　日委託医療機関の長　様北見市長　　（保健福祉部健康推進課） |

（注）

１．予防接種不適当要因が解消された後、有効期限内にご使用ください。

有効期限切れ、市外転出等の場合は、この接種券は無効となり使用できません。

　２．この接種券は、予防接種後の予診票に添付して北見市へ提出してください。