予防接種履歴証明書発行依頼書

年　　月　　日

千葉市長　様

 申　請　者　　〒

（住　所）

（氏　名）　　　　　　　　　　　　　（署名または記名押印）

（連絡先電話番号）

（被接種者との続柄）

次の者の予防接種履歴証明書について、発行を依頼します。

１　対象者（予防接種を受けた方）

|  |  |
| --- | --- |
| 予防接種実施時の住所 | 千葉市　　　　区※申請者住所と同じ場合は記載不要 |
| 氏　名（ふりがな） |  ※申請者氏名と同じ場合は記載不要※接種時の氏名を記入してください |
| 氏　名（ローマ字） | ※証明書に氏名のローマ字記載が不要の場合は記載不要 |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　年　　　　月　　　　日生 |

２　発行を依頼する理由（該当するものにチェックを入れてください）

[ ] 　母子健康手帳の紛失・盗難　　　[ ] 　学校への提出（転入・入学・留学等）

[ ] 　会社・職場等への提出　　　　　[ ] 　旅行

[ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【問い合わせ・送付先】

〒260‐8722千葉市中央区千葉港１－１

千葉市 保健福祉局 医療衛生部 医療政策課 予防接種事業推進班

電話：043-238-9941