

「予防接種番号シール」再発行申請書

(申請日) 年 月 日

(あて先) 感染症対策課

(太線枠内を記入してください)

申請者	住所		
	電話	(日中に連絡が取れる電話番号を記載してください)	
	氏名	被接種者との関係	
被接種者	住所	千葉市 区	(申請者と同じ場合は記入不要です)
	予防接種番号	(わかる場合のみ記入してください)	
	ふりがな		
	氏名	生年月日 年 月 日生	
	予防接種番号	(わかる場合のみ記入してください)	
	ふりがな		
	氏名	生年月日 年 月 日生	
	予防接種番号	(わかる場合のみ記入してください)	
	ふりがな		
氏名	生年月日 年 月 日生		
保護者	氏名	(申請者と同じ場合は記入不要です)	
再発行理由	紛失・氏変更・不足・その他()		

<提出先>

千葉市保健所 感染症対策課 予防接種班

〒261-8755 千葉市美浜区幸町1-3-9

千葉市総合保健医療センター2F

(TEL) 043-238-9941

(FAX) 043-238-9932

※ 「予防接種番号シール(再発行分)」については、本申請書が感染症対策課に届いてから**10日前後**(土日祝日・年末年始の休日を除く)でご自宅に郵送いたします。

※ 感染症対策課の窓口で受け取りを希望する場合は、申請者の身分を証明できるものと被接種者の母子手帳を持参してください。(各区保健福祉センターでの受け取りはできません)