

「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	予防接種番号	(わかる場合のみ記入してください)	
	住所	千葉市	区
	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	年	月
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・汚損・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。