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）

住所	千葉市　　区 ※千葉市を転出している場合は**転出前**の住所 ※申請者住所と同じ場合は記載不要
氏　名 （ふりがな）	※千葉市を転出している場合は**転出時**の氏名 ※申請者氏名と同じ場合は記載不要
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