

予防接種済証発行依頼書

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)

次の者が予防接種を実施した分の予防接種済証について、発行を依頼します。

1 対象者（被接種者）について

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
生 年 月 日	年 月 日生	
保 護 者 氏 名		※申請者氏名と同じ場合は記載不要

2 予防接種済証の発行を依頼する予防接種の種類等について（千葉市で実施した定期予防接種のみ）

予防接種の種類	接種日	接種場所	予防接種の種類	接種日	接種場所

3 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

その他（ ）

学校へ転入・入学で必要