

予防接種通知送付先変更申請書

下記のとおり申請します。

＊ この申請は予防接種通知に関してのみ有効で、この事業の目的以外には使用しません。

申請日	年 月 日		
申請者 住 所 氏 名	〒	対象者との関係	
		電話番号	
対象者 住 所 氏 名	〒		
	石岡市		
生年月日	年 月 日		
電話番号			
送付先 住 所	〒		
送付先氏名 (宛 名)			
連絡の取れる 電話番号			
転送理由			

職員記入欄	届け出方法	☐ 窓口 ☐ 郵便 ☐ その他()						
	確認方法	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他()						
受付日	年 月 日	受付者		入力日		入力者		

※入力は予防接種担当で実施します。記載後担当へ送付してください。

