

申請日 年 月 日

善通寺市長 様

申請者住所

氏名 ⑩  
(被接種者との関係 )  
連絡先 ( ) -

予防接種履歴表交付申請書

標記について、下記のとおり、予防接種履歴表の交付を申請します。

1.被接種者

氏名 (ふりがな)	
生年月日	
現住所	
送付先の住所 (上記と同様であれば同上で記載)	
電話番号 (昼間の連絡先)	
申請理由	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の再交付 <input type="checkbox"/> 過去の接種履歴を把握するため <input type="checkbox"/> その他 ( )
備考	

2.添付書類

(1)申請者の確認ができる書類のコピー 1部 (運転免許証、健康保険証など)

〒765-8503

香川県善通寺市文京町二丁目1番1号

善通寺市保健福祉部保健課

電話 0877-63-6308