

課長	係長	係

申請日 年 月 日

宝塚市長

申請者 (※) 住所 _____

氏名 _____ 被接種者との続柄() _____

※被接種者が20歳未満の場合、申請者は保護者に限る。
被接種者が20歳以上の場合、申請者は本人に限る。

予 防 接 種 歴 証 明 書 発 行 申 請 書

下記のとおり、予防接種歴証明書の発行を申請します。

記

1	被接種者	住 所	_____
		(フリガナ)	_____
		氏 名	_____
		生年月日	年 月 日
2	申請理由	母子健康手帳の紛失 ・ その他() _____	

※住民票が宝塚市にあるときに受けた定期予防接種の記録のみ発行します。

【郵送で申請する場合】

- ①申請書、②申請者の身分証のコピー(写真つきであれば1点、写真つきでなければ2点必要。)
③返信用封筒に送付先を記載したもの(切手貼付)を下記へ送付してください。

郵送先: 〒665-0827 宝塚市小浜4丁目4番1号 宝塚市立健康センター 予防接種担当
電 話: 0797-86-0056 (平日 午前9時~午後5時30分)

*職員記入欄

- 氏名 住所 生年月日 性別 予防接種の情報 窓口 郵送 (年 月 日)
 本人確認