

予防接種済証明書交付願

令和 年 月 日

(宛先) 栃木市長

申請者 住所

※自署しない場合は、記名押印してください。

氏名

電話番号

予防接種済証明書の交付を依頼したく、次のとおり申請します。

被 接 種 者	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	栃木市から転出している場合、転出前の住所	栃木市
	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏名に変更がある場合、 接種時の氏名	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳)
証明書交付を希望する 予防接種名 ※○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 委任状のとおり ロタウイルス・小児の肺炎球菌・B型肝炎・五種混合・四種混合・ヒブ・ BCG・麻しん風しん混合・麻しん・風しん・水痘・日本脳炎・二種混合 三種混合・ポリオ・HPV (子宮頸がん)・RS ウイルス おたふくかぜ・高齢者の肺炎球菌・带状疱疹	
申請理由	<input type="checkbox"/> 委任状のとおり	

- ・申請者の本人確認書類を提出してください。
- ・代理人が申請する場合は委任状を提出してください。