

年 月 日

調布市長 宛

申請者 住所 _____
氏名 _____ 続柄() _____
電話番号 _____

接種証明書発行申請書

接種証明書を発行していただきたく、下記のとおり申請します。

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 ()	

調布市で実施した定期予防接種の記録のみ発行します。

※健康推進課処理欄

申請者の本人確認（免許証，マイナンバーカード，保険証等）

受付者名 ()

受付印

