

予防接種歴証明願申請書

年 月 日

柳 川 市 長 様

(申請者)

住所

氏名

電話 (携帯)

下記の理由により、予防接種履歴が必要ですので証明願います。

記

対象者住所	対象者氏名
柳川市	(年 月 日生)

証明書が必要な理由 (当てはまる箇所に☑をつけてください。)

- ☐ 母子健康手帳を紛失したため (予防接種を受けるため)
- ☐ 会社へ提出するため
- ☐ 学校へ提出するため
- ☐ その他 ()

(注)

1. 申請者は、窓口に来た人の名前、住所、電話番号を記入してください。
2. 対象者住所は、柳川市に住民票がおいてあった時の住所、対象者氏名は、証明書が必要な人の名前を記入してください。
3. 証明内容は、柳川市に住民票をおいてあった期間のみの証明となります。
4. 任意接種分は確認できませんので、あらかじめご了承ください。