

## 風しん第5期「抗体検査・予防接種済証」発行申込書

(あて先) 保健所長

申請者	申請日	令和 年 月 日
	申請者氏名 <small>(発行対象者との続柄)</small>	( )
	連絡先	
発行対象者		
フリガナ 氏名		
生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳)	
住所	福岡市 区 (現住所が福岡市以外の方は、福岡市在住時の住所をご記入ください。)	
	※郵送先が上記と異なる場合は、下記に記載してください。 ( 〒 )	
交付理由	<input type="checkbox"/> 風しんの抗体検査受診票の紛失 <input type="checkbox"/> 風しんの第5期の定期接種予診票の紛失 <input type="checkbox"/> その他	
申請者本人 確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ( )	
交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口手渡し <input type="checkbox"/> 郵送	

※1 太枠内のみご記入ください。

※2 本人以外の方が申請する場合は委任状(任意様式・押印要)が必要です。

保健所受付欄