

予防接種実施状況届

記入者氏名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種を受ける方の氏名	フリガナ	生年月日	年 (月 日 歳 か月)
住所	成田市	電話番号	- -

●母子健康手帳の「予防接種の記録」のすべてのページ(記録がないページを含む)のコピーを貼ってください。
貼りきれない場合は、裏面に貼ってください。

(貼り付け欄)

●母子健康手帳の「予防接種の記録」のすべてのページ(記録がないページを含む)のコピーを貼ってください。

(貼り付け欄)

【 お問い合わせ・届出先 】

成田市健康推進部地域医療政策課

〒286-0017 成田市赤坂 1 丁目 3 番地 1(成田市保健福祉館内) TEL:0476-27-1119