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 | ふりがな | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　　（　　　　歳　　　　か月） |
| 住所 | 成田市 | 電話番号 |  |

市記入欄　　宛名番号 \_\_\_\_\_\_　　　　　　　\_\_\_\_　　　□　健康管理システム入力　　　□　ダブルチェック

|  |
| --- |
| ●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