

風しん抗体検査・風しんワクチン予防接種クーポン券(再)交付申請書

年 月 日

新見市長 様

風しん抗体検査・風しんワクチン予防接種クーポン券の(再)交付を受けたいので、下記のとおり申請します。また、対象確認のため、住民基本台帳を確認することについて承諾します。

交付を希望する クーポン券の種類	<input type="checkbox"/> 抗体検査・予防接種 <input type="checkbox"/> 予防接種	交付 区分	交付 ・ 再交付
(フリガナ)		交付対象:S37年4月2日～S54年4月1日生まれ	
氏名 (クーポン券の 交付を受ける人)	(押印不要)	生年月日 昭和 年 月 日	
住所	〒 新見市		
電話番号	( ) -		
受診予定日	年 月 日 ※未定の場合記入は不要です。		
クーポン券送付先	<input type="checkbox"/> 住民登録地住所 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
備考			

※申請は原則として申し込み者本人になりますが、本人委任のもと家族等が代理で申請する場合は、下記代理者欄を必ず記入してください。

代理者 (本人以外が 申請する場合)	(フリガナ)	続柄	
	代理者の連絡先 TEL ( ) -		

※太枠をもれなく記入後、新見市健康づくり課又は各支局へご提出いただくか、郵送にて申請してください。  
※クーポン券は新見市健康づくり課で発行し、後日郵送します。

郵送の申請先	〒718-8501 新見市新見310-3 新見市健康づくり課 予防接種担当 行
--------	---

<市記入欄>

受付者記入	受付日	受付者	本人 確認	<input type="checkbox"/>
健康づくり課	住基確認	<input type="checkbox"/>	発送日	年 月 日
共 通	備考			