202　 年 　　月　 　日

龍ケ崎市長　様

（医療対策課扱い）

予防接種関係書類送付先変更届

次の者に係る予防接種関係書類の送付先を（　変更　・　廃止　）したいので、届け出いたします。

１　対象者

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住民票に記載の住所 | 〒 |

２　届出人

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 対象者との関係 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 送付先変更理由 |  |

３　送付先住所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更前送付先 | □住民票に記載の住所と同じ | 〒 |
| 変更後送付先 | □住民票に記載の住所と同じ | 〒 |
| 送付先氏名・施設名等 |  |

４　送付先変更開始月

|  |  |
| --- | --- |
| 変更開始月 | 年　　　月　から |

【注意事項】　・対象者及び届出人の本人確認書類を添付してください。

　　　　　　 ・送付先変更（廃止を含む）の都度、送付先変更の届け出が必要です。

〈市役所処理欄〉

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No.（　　　　　　　　　　　） | 登録（処理）日 | 担当者 |
| （備考） | 　年　　月　　日 |  |