

予防接種及び健康診査関係書類送付先住所 登録・変更・廃止 届

年 月 日

知多市長 様

次のとおり届け出ます。 【届出区分： 登録 ・ 変更 ・ 廃止 】

届 出 者	フリガナ		対象者との 続柄	
	氏 名			
	住 所	〒		
	電話番号			

対 象 者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 届出者		生年 月日	年 月 日
	氏 名	と同じ			
	住民票の ある住所	<input type="checkbox"/> 届出者 と同じ	〒		

送 付 先	フリガナ	<input type="checkbox"/> 届出者	
	氏 名	と同じ	
	住 所	<input type="checkbox"/> 届出者 と同じ	〒

対象書類	予防接種関係 ・ 健康診査関係
------	-----------------

理 由	
-----	--

※裏面の確認事項の記載もお願いします。

(確認事項)

送付先の氏名、郵便番号及び住所は、この届け出に記載された内容をそのまま記載します。記載誤りにご注意ください。また、送付先の氏名や住所が変更した場合、速やかに届け出をお願いします。届け出がない限り、送付先の変更は行いません。

送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった、又は連絡がとれなくなった場合は、知多市が適宜、本届け出を廃止します。

送付先変更の対象書類は以下のとおりです。

1 予防接種関係

高齢者インフルエンザ、高齢者肺炎球菌、新型コロナワクチン

2 健康診査関係

特定健康診査・後期高齢者健康診査

この届け出に関するすべての責は届出者により負います。

以上の事項を確認し、送付先住所の変更を届け出ます。

_____年 ____月 ____日 自署 届出者氏名_____