

予防接種予診票等転送(変更・停止)届

年 月 日

以下のいずれかに○をつけてください。

- 1 住民登録地以外へ転送を希望する方
- 2 転送先住所の変更を希望する方
- 3 今後接種予診票の郵送を希望しない方

接種対象者 ※予防接種を受ける方	住所	荒川区 丁目 番 一 号			
		TEL ()			
	氏名	フリガナ	男・女	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
転送(変更・停止)理由 ※該当するものにチェック	<input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 認知症等により郵便物管理不可 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 成年後見人決定 <input type="checkbox"/> その他()				
転送期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
転送先	住所 〒 氏名・名称 ※市町村・施設・病院の場合は担当部署と担当者名も記入してください。 被接種者との関係 <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> TEL ()				

申請者	氏名				
	住所	丁目 番 一 号			
		被接種者との関係			
		TEL ()			

※この書類で転送できるのは、予防接種に関する書類のみです。

予防接種に関する書類以外は転送されませんのでご注意ください。

荒川区の予診票は23区内の協力医療機関のみで使用できます。

23区外にも転送は可能ですが、23区外で接種する場合、予診票は使用できません。