

予防接種実施状況届

記入者氏名	
記入日	R 年 月 日
(ふりがな) 接種を受ける方の氏名	
住所	南国市
生年月日	H・R 年 月 日生
昼間連絡のつく連絡先	

母子健康手帳の「予防接種の記録（１）から（５）」のすべてのページ（記録がないページを含む）のコピーを添付してください。

【届出先】

南国市保健福祉センター 予防接種担当
〒783-0004 南国市大桶甲320番地
TEL:088-863-7373