

# 送付先指定（変更・解除）届出書（健康推進室用）

白浜町住民保健課 宛て

年 月 日

白浜町健康推進室に係る関係書類を、下記へ送付してください。

|     |    |     |            |     |
|-----|----|-----|------------|-----|
| 送付先 | 住所 | 〒   | 電話         | ( ) |
|     | 氏名 | カガナ | 対象者との続柄・関係 |     |

|                                       |    |       |      |     |
|---------------------------------------|----|-------|------|-----|
| 対象者                                   | 住所 | 〒 白浜町 | 電話   | ( ) |
|                                       | 氏名 | カガナ   | 生年月日 |     |
| 対象者が未成年者の場合、保護者氏名を記入してください。 保護者氏名 ( ) |    |       |      |     |

※届出人と対象者（未成年者の場合は保護者）が異なる場合は、下記にご記入ください。

|     |    |     |            |     |
|-----|----|-----|------------|-----|
| 届出人 | 住所 | 〒   | 電話         | ( ) |
|     | 氏名 | カガナ | 対象者との続柄・関係 |     |

|    |                               |  |  |  |
|----|-------------------------------|--|--|--|
| 項目 | 送付先を設定する項目に✓してください            |  |  |  |
|    | <input type="checkbox"/> 母子保健 | <input type="checkbox"/> インフルエンザ・高齢者肺炎球菌・新型コロナ |  |  |
|    | <input type="checkbox"/> 成人保健 | <input type="checkbox"/> 上記以外の予防接種             |  |  |
| 理由 |                               |  |  |  |

※本届出書を提出する方（対象者本人または届出人）の身分証明書（免許証など）をご提示ください。（郵送での提出の場合は写しを同封してください。）

町役場使用欄

|    |    |     |    |    |   |
|----|----|-----|----|----|---|
| 確認 | 課長 | 副課長 | 係長 | 主任 | 係 |
|    |    |     |    |    |   |

特記事項

受付印

|     |  |
|-----|--|
| 受付印 |  |
|     |  |

受付者

入力

|     |    |
|-----|----|
| 受付者 | 入力 |
|     |    |