

風しんの抗体検査結果についての情報提供申請書

年 月 日

住 所

申請者名 ()

電話番号

風しんの抗体検査結果紛失等のため、次のとおり、記録について情報提供を希望します。

住 所	加須市				
現 住 所					
対象者氏名		生年月日	昭和	年	月 日生
希望する情報の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 風しんの抗体検査結果通知(風しんの抗体検査受診票)				
希望する受け取り方法	<input type="checkbox"/> 窓口(すくすく子育て相談室のみ) <input type="checkbox"/> 郵送				
再交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()				
申請場所	<input type="checkbox"/> すくすく子育て相談室	福祉健康担当 (<input type="checkbox"/> 騎西 <input type="checkbox"/> 北川辺 <input type="checkbox"/> 大利根)	受付者		確認者
交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 郵送 (郵送日 年 月 日)	対応者	受付者と異なる場合記入	