

予防接種関連通知送付先変更設定・解除依頼書

令和 年 月 日

立川市長 殿

立川市から発行される予防接種に関する通知の送付先について、下記の通り変更依頼・解除依頼します。

依頼の内容	<input type="checkbox"/> 送付先設定 <input type="checkbox"/> 送付先設定の解除 (対象者情報・依頼者情報のみ記載)
設定理由	<input type="checkbox"/> 施設等に入所・入院しているため <input type="checkbox"/> 後見人制度等を利用しているため <input type="checkbox"/> 本人が送付物を管理することが困難なため <input type="checkbox"/> その他 ()
送付先指定終了日 (指定がある場合のみ)	年 月 日 終了

対象者	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日
	住所	立川市	

依頼者	(ふりがな) 氏名	法人名等	
	住所	〒 都・道 府・県	
	電話番号	— —	対象者との 関係性

送付先	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ		
	(ふりがな) 氏名	電話番号	— —
	住所	〒 都・道 府・県	

「注意事項」

- ・送付先を変更する必要がなくなった場合は、速やかに解除依頼を行ってください。
- ・解除依頼がない限り、指定していただいた送付先に送付します。ただし、転出・死亡した場合や、指定された送付先に送付しても、あて所に尋ねあたらなかったときなどは変更を解除します。

..... 以下事務処理欄

宛名番号	台帳番号	担当	係長	課長