

安定ヨウ素剤事前配布のためのチェックシート兼受領書発行申請書

申請日 令和 年 月 日

<input type="checkbox"/> 再発行（理由： _____） 申請理由 <input type="checkbox"/> 転入（平成 年 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ _____）

※太枠の中をご記入ください

申請者氏名	発行を受ける者との続柄 (_____)
住所	ひたちなか市
電話番号(本人・申請者)	

発行を受ける者の氏名(ふりがな)	生年月日
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
※生年月日は記入してください	
	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
発行を受ける者の住所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ住所

※市処理欄
丸剤
ゼリー剤
丸剤
ゼリー剤
丸剤
ゼリー剤
丸剤
ゼリー剤
丸剤
ゼリー剤
丸剤
ゼリー剤

※初めに交付された「安定ヨウ素剤事前配布のためのチェックシート兼受領書」が見つかった場合は、健康推進課(ヘルス・ケア・センター)まで返却してください。

※市処理欄

受付		確認		発行日		管理台帳 入力	
備考							