

# 予防接種等記録開示申請書

申請日:平成 年 月 日

開示内容 予防接種履歴を確認したい情報	住所	
	ふりがな	
	氏名	
	電話番号	
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生
	開示したい予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 子どもの予防接種 <input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌
	開示理由	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の紛失 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の破損 <input type="checkbox"/> 過去の接種履歴を把握するため <input type="checkbox"/> その他( )

北島町長殿

上記の通り申請します。

申請者(窓口に来られた方)氏名

※申請者が本人以外の場合は、下記もご記入下さい。

①申請者 窓口に来られた方	ふりがな		開示情報者 との続柄 ( )	生年月日
	氏名			大正・昭和・平成 年 月 日 生
	住所			
	電話番号			

※①申請者(窓口に来られた方)の本人確認できる書類を提示または郵送してください。(運転免許証、健康保険証、身分証明書など)

【申請者が、本人または保護者でない場合には、②の記載が必ず必要です】

私(②委任者)は、「①申請者」に予防接種等記録開示の請求・受領を委任します。

②委任者氏名

(本人又は保護者の氏名)

印

※「保護者」とは、「親権を行う者」又は「後見人」を指します。

《職員記載》			
★申請者確認書類: <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> その他( )			
★交付方法: <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> システムのコピー添付 <input type="checkbox"/> 母子保健記録の記入	書類交付者	交付日
★受付対応者 ( )			