

予防接種記録開示申請書

申請日： 年 月 日

○ 開示内容

ふりがな		生年月日	年 月 日	
氏名				
住所		電話番号		
開示種類	<input type="checkbox"/> 町が保有する接種記録全て			
	↓上記以外の方は下記に✓をお願いします			
開示理由	<input type="checkbox"/> ロタ	<input type="checkbox"/> Hib(ヒブ)	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> B型肝炎
	<input type="checkbox"/> ポリオ	<input type="checkbox"/> 三種混合	<input type="checkbox"/> 四種混合	<input type="checkbox"/> 二種混合
	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> MR(麻疹風疹)	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 日本脳炎
	<input type="checkbox"/> HPV(子宮頸がん)	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌		
開示理由	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の破損・紛失			
	<input type="checkbox"/> 過去の接種履歴を把握するため			
	<input type="checkbox"/> その他()			

八雲町長 様

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、下記もご記入ください。(窓口に来られた方の情報)

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
住所		電話番号	
被接種者との続柄			

○申請者(窓口に来られた方)の本人確認ができる書類(運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード等)を提示してください。

■申請者が、本人または保護者でない場合には、下記の記載が必要です。

私(委任者)は、申請者に予防接種記録開示の請求・受領を委任します。

代理人氏名 _____

代理人住所 _____

本人または保護者の氏名(委任者氏名) _____ 印 _____

※保護者とは、「親権を行う者」又は「後見人」を指します。

<職員記載欄>

申請者確認書類 運転免許証 健康保険証 マイナンバーカード その他
受付対応者()