

予防接種記録開示申請書

※太枠の中をご記入ください。

申請日: 令和 年 月 日

ふりがな		生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日生 (歳 か月)
該当者氏名			
住 所			
電話番号			

該当する内容にレ点を記入してください。

開示理由	☐ 接種履歴の確認 予防接種の種類 ()
	☐ その他 ()
開示方法	☐ 予防接種の記録の照会のみ
	☐ 接種済証の発行
開示内容	☐ 予防接種記録

徳 島 市 長 殿

上記の通り 申請 します。

申請者氏名

◎申請者が本人以外の場合は、以下も記入ください。

◎申請者 (窓口に来た人)	申請者生年月日	S ・ H 年 月 日
	続 柄	★保護者以外は委任状が必要です。
	代理の理由	
	住 所	
	電話番号	

◎該当者と申請者の確認できる書類を提示または郵送してください

(マイナンバーカード、運転免許証、資格確認書など)

※以下の欄の記入は不要です。

★申請者確認書類: ☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 資格確認書 ☐ その他()

☐ 窓口 又は ☐ 郵送

☐ 健康カルテのコピーを添付

☐ 共通基盤システムにて確認

処理者	係長