

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

予防接種記録の交付について（申請）

申請者	氏名	
	対象者との続柄	
	住所	
	電話番号	
対象者 (接種を受けた方)	氏名	※申請者と重複する項目がある場合は「同上」にチェック <input type="checkbox"/> 同上
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 同上
	電話番号	<input type="checkbox"/> 同上
申請理由		<input type="checkbox"/> 母子手帳紛失 <input type="checkbox"/> その他 ( )
受け取り方法		<input type="checkbox"/> 窓口（郵送で申請書を提出した方は書類完成後に電話連絡します） <input type="checkbox"/> 郵送（送付先の住所を記入した返信用封筒を提出した方のみ）

-----  
 <市担当者記入欄>

別紙のとおり、予防接種記録を交付してよいでしょうか

起案者	担当	係長	課長

- <確認事項>
- 本人確認書類
  - 接種記録（健康かるて）
  - 申請理由