

予防接種記録照会申請書

令和 年 月 日

栗東市保健センター所長 様

申請者(保護者)

住所 _____

氏名 _____ (印)

(署名または記名押印)

電話番号 _____

被接種者との続柄 _____

下記により栗東市が実施した定期予防接種の記録を照会します。

記

被接種者	住 所	栗東市		
	ふりがな 氏 名		性別	男・女
	生年月日	平成 年 月 日 (歳)		
申請理由	<input type="checkbox"/> 母子(親子)健康手帳の紛失・破損・盗難・災害等 <input type="checkbox"/> その他 ()			
使用目的				

- ※ 申請者は、原則として保護者(被接種者が成年の場合は本人)に限ります。事情により親族等が申請する場合は、委任状(様式の指定はありません)が必要です。
- ※ 申請者の本人確認書類(運転免許証・パスポートなど)を提示してください。
- ※ 現在、栗東市に住民登録されていない場合は、申請者と被接種者の氏名が記載された住民票記載事項証明書を添付してください。親権者・後見人が監護していない場合は、その理由を「申請理由」欄に記入してください。
- ※ 予防接種記録は、原則として概ね1週間以内に申請者の住所へ郵送します。

手帳再交付	乳健照会	受付者	受付日
有・無	有・無		/